

# Hyötyykö nuori osastohoidosta: systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Johan Ahti

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Tammikuu 2015

---

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Nuorisopsykiatria

Kirjallinen työ, 58 sivua

Johan V. Ahti

Ohjaaja: Professori Riittakerttu Kaltiala-Heino

Tammikuu 2015

Avainsanat: sairaalahoito, mielenterveyshäiriöt, nuoruusikä

---

Psykiatrinen osastohoito on nuorisopsykiatrian hoitomuodoista resursseja eniten kuluttava. Sen käyttö on muuttunut 2000-luvun Suomessa: alaikäisten psykiatristen osastohoitajaksojen lukumäärä on lisääntynyt, ja hoitoaika lyhentynyt. Globaali deinstitutionalisaatioilmiö ulottuu Suomeenkin, ja psykiatrisia sairaansijoja on pyritty korvaamaan avohoidolla. Toisaalta on esitetty huoli, onko sairaansijoja riittävästi tarvitseville nuorille. Millainen hyöty nuoruusikäisen psykiatrisesta osastohoidosta on verrattuna avohoitoon? Mitä korkeatasoista tutkimustietoa asiasta on saatavilla?

Kysymyksiin vastaamiseksi toteutettiin systemaattinen haku kolmessa kansainvälisessä ja kotimaisessa tietokannassa, ja arvioitiin löytyneet viimeaikaiset, englannin- tai suomenkieliset, asetelmaltaan soveltuvat alkuperäistutkimukset sekä kirjallisuuskatsaukset. Luotettavaa tutkimustietoa löytyi kaiken kaikkiaan vähän. Tutkimusten vastemuuttujajoukko oli heterogeeninen, ja laatu vaihteleva. Laadukkaita kokeellisia tutkimuksia ei löydetty. Laadukkaiden kokeellisten tutkimusten tarpeeseen on kiinnitetty toistuvasti huomiota kirjallisuudessa, mutta yksikään arvioitu katsausartikkeli ei pitänyt alkuperäistutkimusten laatua riittävänä. Kirjallisuudessa vallitsi kuitenkin yksimielisyys psykiatrisen osastohoidon välttämättömyydestä tiettyjen edellytysten täytyessä.

# SISÄLLYSLUETTELO

---

1	Johdanto.....	3
1.1	Tausta ja tavoite.....	3
1.2	Käsitteet.....	5
1.3	Aineisto ja menetelmät.....	6
1.4	Nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta yleisesti .....	7
2	Tutkimuksen toteutus.....	10
2.1	Kysymyksenasettelu .....	10
2.2	Hakutermien valinta .....	11
2.3	Haun toteutus.....	13
2.4	Tutkimusten valinta .....	15
3	Tulokset.....	16
3.1	Psykiatrinen osastohoito .....	17
3.2	Asuntolahoito .....	32
3.3	Päiväsairaalahoito .....	40
4	Pohdinta.....	41
4.1	Alkuperäistutkimukset.....	41
4.1.1	Alkuperäistutkimukset nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta .....	41
4.1.2	Alkuperäistutkimukset asuntolahoidosta.....	45
4.2	Kirjallisuuskatsaukset .....	48
4.2.1	Kirjallisuuskatsaukset psykiatrisesta osastohoidosta.....	49
4.2.2	Kirjallisuuskatsaukset asuntolahoidosta .....	51
4.3	Päiväsairaalahoito .....	52
4.4	Tulevaisuuden mahdollisuudet.....	52
5	Lähdeluettelo .....	54

# 1 JOHDANTO

---

## 1.1 TAUSTA JA TAVOITE

Psykiatriset häiriöt ovat nuorten tärkeä sairausryhmä. Mielenterveysongelmat aiheuttavat 60-70% nuorten terveyshaitoista,<sup>1</sup> ja joka viides nuori kärsii mielenterveyshäiriöstä. Kolme neljästä mielenterveyshäiriöstä on alkanut ennen 24 vuoden ikää, ja puolet ennen 14 vuoden ikää. Yleisimpiä nuorten mielenterveyshäiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Nuoren kehityksen turvaamiseksi häiriöiden tehokas hoito on tärkeää. Niiden hoito tapahtuu sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Avainasemassa nuoren hoitoonpääsyssä on kouluterveydenhuolto ja avohoito, mutta vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidossa jopa tahdosta riippumaton osastohoito saattaa olla tarpeellinen. (Aalto-Setälä ja Marttunen 2007)

Nuorisopsykiatrinen osastohoito on resurssi-intensiivinen nuorisopsykiatrisen hoidon toimintamalli. Nuori saattaa aloittaa osastohoitojakson suunnitellusti osana pitkäaikaista psykiatrista hoitosuhdetta häiriön tutkimiseksi, tai akuutin vaaratilanteen tai uhkan välttämiseksi ilman aikaisempaa hoitokontaktia. Osastojaksolla ajatellaan olevan monia tehtäviä. Sen ajatellaan tarjoavan tilaisuuden havainnoida nuoren ongelmien syitä ja vaikuttaa niihin terapeuttisesti, tai toteuttaa tarkkaa diagnostiikkaa ja hoidon tai lääkeshoidon arvio. Osastoympäristö vuorovaikuttaa nuoren perheen kanssa. Se tarjoaa mahdollisuuden monipuoliseen hoitoon ja eri hoitomuotojen ja -tahojen yhteistyöhön. Osastohoito saattaa mahdollistaa siirtymisen itsenäiseen elämään tuetusti. Toisaalta osastohoito tarjoaa mielenterveyslain mukaisesti turvapaikan nuorelle, joka on vaaraksi itselleen tai muille. Nuorisopsykiatrinen osastohoito kuluttaa noin puolet lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon kustannuksista. Osastohoidon tehokkuus ja kustannukset

---

<sup>1</sup> Duodecim konsensuskokous 9.2.2010, <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1287864842/konsensuslausuma090210.pdf>, haettu 6.1.2015

ovatkin oleellisia kysymyksiä hoitoa suunniteltaessa, mutta yhteisiä hoitolinjoja ei ole, ja hoidon tehokkuudesta on vain rajallinen tutkimusnäyttö. (Ellilä 2007)

Terapeuttisten interventioiden lopputuloksen arvioiminen on vaikeaa johtuen tuloksen monisyisyydestä, sekä menetelmien kirjavuudesta. Nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa voidaan ajatella olevan suuri määrä nuorta kuntouttavia komponentteja. Osastoympäristöllä itsellään ajatellaan olevan kuntouttava vaikutus. Nuoren vuorovaikutus työntekijöiden kanssa on terapeuttista, ja lisäksi osastohoitoon kuuluu usein terapiaksi määriteltyjä hoitomuotoja. Systeemiteoreettisen ajattelun mukaan osasto muodostaa nuorelle oman terapeuttisen yhteisönsä, joka on vuorovaikutuksessa nuoren perheen kanssa (Moilanen ym., 2004).

Päätös nuorisopsykiatrisen osastohoidon aloittamisesta on lääkärin, vaikka nuoren hoidossa ovat mukana tavallisesti vanhemmat, usein useita erityistyöntekijöitä, koulu, ja muu sosiaalinen ympäristökin. Kaikkien edellä mainittujen joukossa juuri lääkärin tehtävänä nuoren hoidossa on psykiatrinen diagnostiikka. Toisaalta modernin lääkärin tulee yhteiskunnan resurssien oikein ohjaamiseksi, potilasturvallisuuden toteutumisen vuoksi ja hoidon tarkoituksenmukaisuuden varmistamiseksi sitoutua näyttöön perustuvaan lääketieteeseen.

Oma mielenkiintoni tarkastella nuorisopsykiatrista osastohoitoa systemaattisesti on syntynyt työkokemuksesta nuorisopsykiatrisella akuuttiosastolla. Erityisesti jälkimmäisenä kesänä olin useasti yksin ensi kädessä vastuussa nuoren osastolle ottamisesta tai sieltä kotiuttamisesta, ja esimiehen tarkastava ohjaus oli saatavilla vasta tilanteen ollessa ohi. Tuolloin koin itse hyvin vaikeaksi arvioida, milloin nuori todella hyötyisi osastohoidosta. ”Selvät tapaukset”, joissa nuoren ajattelisi olevan välittömässä vaarassa ilman osastohoitoa, olivat oman kokemukseni mukaan harvinaisia. Osaston resurssit ovat rajalliset, potentiaalisia hyötyjiä arjen läpikotaisesta tutkimisesta paljon, ja toisaalta nuoren omat ja nuoren verkoston toiveet eivät välttämättä vastaa lääketieteellisen hoidon tarkoituksenmukaisimpia menetelmiä tai tavoitteita.

Nuorisopsykiatrinen osastohoito ja sen tulevaisuus on ajankohtainen keskustelun kohde. Tutkimuksessa myös tarkasteltu asuntolahoito koskettaa yhä useampaa maamme nuorista. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin tuottaa tietoa nuorisopsykiatrisen

osastohoidon sekä asuntolahoidon hyödyllisyydestä. Lisäksi kartoitan nuorisopsykiatrisen osastohoidon käytäntöjä, tavoitteita ja menetelmiä epäsystemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa.

## 1.2 KÄSITTEET

*Nuorella ja nuoruusiällä* tarkoitetaan tavallisesti 13-22-vuotiasta henkilöä ja tätä ikäkautta vastaavasti.<sup>2</sup> Tässä katsauksessa tarkastellaan mielenterveyslain mukaista alaikäisen psykiatrista osastohoitoa. Suomessa alaikäisen psykiatrinen hoito on Mielenterveyslain (23.10.1992/954) mukaisesti toteutettava erillään aikuisista, mikäli alaikäisen edusta ei muuta johdu. Käsitteellä *nuori* viitataan tässä katsauksessa ensisijaisesti 13-18-vuotiaaseen henkilöön. Vastaavasti käsitteellä *lapsi* tarkoitetaan alle 13-vuotiasta henkilöä, ja *aikuinen* viittaa 18 vuotta täyttäneeseen, alaikäisyyden rajan ylittäneeseen henkilöön.

*Nuorisopsykiatrinen osastohoito* määritellään sellaiseksi ympärivuorokautiseksi hoidoksi, jota 13-18-vuotias nuori saa psykiatrisella osastolla. Hoito on kirjavaa ja sen sisältöä ei useinkaan ole katsauksissa määriteltä (Pfeiffer ja Strzelecki 1990). Nuorisopsykiatrisen osastohoidon tunnusmerkkejä ovat kuitenkin sen järjestäminen erikoissairaanhoidon yhteydessä, psykiatrinen diagnostiikka, mielenterveyshäiriö tai sellaisen epäily tulosyynä, sekä terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen hoitoon. *Asuntolahoito* määritellään sellaiseksi hoidoksi, jossa nuori on ympärivuorokautisesti hoidossa, mutta edellytykset kutsua hoitoa psykiatriseksi osastohoidoksi eivät välttämättä täyty. Esimerkiksi sijoitus kasvatukselliseen laitokseen on asuntolahoitoa, mutta ei välttämättä sisällä nuorisopsykiatrisen osastohoidon yllä mainittuja piirteitä. *Hoitoaika* tai *hoitojakso* tarkoittaa aikaa osastolle tulon ja osastolta poistumisen välillä.

*Hoidosta hyötyminen* on katsaukselle keskeinen käsite, mutta myös ristiriitaisesti määriteltä. Kirjallisuudessa ei ole yhteisymmärrystä sen suhteen, miten psykiatrisen osastohoidon hyötyä tulisi mitata. (Reddy ja Pfeiffer 1997) Hoidosta hyötymiseksi tulkitaan kuitenkin paraneminen jollakin tutkitulla asteikolla tai mittarilla suuremmassa määrin kuin paranemista olisi tapahtunut ilman hoitoa. Milloin

---

<sup>2</sup> Duodecim konsensuskokous 9.2.2010,  
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1287864842/konsensuslausuma090210.pdf>, haettu 6.1.2015

soveltuvaa vertailuryhmää ei ole saatavilla, hoidosta hyötymistä ei näin ollen voi arvioida. Vertailuryhmättömät tutkimukset voivat kuitenkin tuottaa tietoa hoitoa saaneiden kehityksestä.

Ulospäin kääntyneet eli *eksternalisoivat* oireet tarkoittavat Achenbachin jaottelun mukaisesti nuoren käytösoireita, so. aggressiivista ja rikollista, ulospäin suuntautuvaa toimintaa, ja eksternalisoivat häiriöt eksternalisoivin oirein oireilevia häiriöitä (käytöshäiriöt). Sisäänpäin kääntyneet eli *internalisoivat* oireet tarkoittavat vetäytymistä, somaattista oireilua ja ahdistuneisuutta sekä depressiota, ts. nuoreen itseensä kohdistuvia oireita, ja internalisoivat häiriöt internalisoivin oirein oireilevia häiriöitä (tunne-elämän häiriöt).

### 1.3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Taustatieto nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta vapaamuotoisen kirjallisuuskatsauksen osiossa perustuu alan Tampereen yliopiston kirjastossa saatavilla oleviin oppikirjoihin, joista tärkeimpänä Kustannus Oy Duodecimin lääketieteen opiskelijoille suunnattu Lasten- ja nuorisopsykiatria (Moilanen ym., 2004), sekä vapaasti valittuihin nuorisopsykiatrian alaan liittyviin artikkeleihin. Nuorisopsykiatriasta osastohoitoa Suomessa kartoitettiin Heikki Ellilän 2007 väitöskirjaan aiheesta perustuen (Ellilä, 2007). Varsinaisen lähdekirjallisuuden lisäksi aiheeseen perehdyttiin oheiskirjallisuuden ja Tampereen yliopiston opetusmateriaalien kautta.

Aineistona kirjallisuuskatsauksen tekoon käytettiin Pubmed- ja PsycINFO-tietokantoja sekä Helsingin yliopiston Medic-tietokantaa. Pubmed on Yhdysvaltain kansanterveyslaitoksen (National Institute of Health) ylläpitämä tietokanta, johon on kerätty yli 24 miljoonaa viitettä MEDLINE-tietokannasta, bio- ja terveystieteiden alan lehdistä sekä oppikirjoista. MEDLINE on Yhdysvaltain kansalliskirjaston ylläpitämä yli 21 miljoonan kirjallisuusviitteen tietokanta lääketieteellisiin lehtiin keskittyen. Viitteet on jaoteltu MeSH-hakutermien mukaan.<sup>3</sup> PsycINFO on APA:n ylläpitämä lääketieteellinen ja käyttäytymistieteellinen viitetietokanta, joka sisältää yli 3 miljoonaa vertaisarvioitua kirjallisuusviitettä<sup>4</sup>. Medic on ”suomalaisista

---

<sup>3</sup> <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>, noudettu 18.11.2014

<sup>4</sup> <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>, noudettu 18.11.2014

lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista” koostuva yli 100 000 viitteen tietokanta.<sup>5</sup>

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka on tarkoitus tuottaa tiivistelmä käytössä olevasta tieteellisestä tiedosta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toteutetaan muodostamalla ensin tutkimuskysymys ja valitsemalla tietokannat. Tämän jälkeen tutkimuskysymys muunnetaan tietokantoihin sopiviksi hakutermeiksi. Tulokset rajataan etukäteen sovittujen valintakriteerien mukaan siten, että haku on toistettavissa. Tuloksista valitaan laadukkaat ja katsaukseen soveltuvat systemaattisesti sovellettavilla kriteereillä. Näin saatu kirjallisuus käsitellään joko kvalitatiivisesti tai kvantitatiivisesti (meta-analyysi), ja laaditaan yhteenveto käsitellyistä artikkeleista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuottaa puolueetonta tieteellistä tietoa, joka soveltuu hoitomenetelmän vaikuttavuuden arvioimiseen. (Glaziou 2001)

## **1.4 NUORISOPSYKIATRISESTA OSASTOHOIDOSTA YLEISESTI**

Nuorisopsykiatrinen osastohoito tarkoittaa yllä olevien määritelmien mukaisesti sellaista psykiatrista osastohoitoa, jonka vastaanottaja on 13-18-vuotias henkilö. Mielenterveyslain (23.10.1992/954) mukaisesti alaikäisiä on hoidettava psykiatrisilla osastoilla erillään aikuisista, mikäli alaikäisen edusta ei muuta johdu, mikä rajaa käytännössä nuorisopsykiatrisen osastohoidon yläikärajaksi 18. Maassamme nuorisopsykiatrisen hoidon alaikää säätelee paikallinen työnjako lapsi- ja nuorisopsykiatrian välillä. Tavallisimmin nuorisopsykiatrilta ohjaututaan 12 tai 13 vuoden iästä alkaen (Pylkkänen 2004). Suomi on ainoa maa, jossa nuorisopsykiatria on erotettu omaksi erikoisalakseen lastenpsykiatriasta. Ensimmäinen lasten ja nuorten psykiatrinen osasto perustettiin Suomessa Pitkänien sairaalaan 1927, ja 50-luvulla avattiin psykiatriset osastot lastenlinnaan ja Auroran sairaalaan Helsinkiin. Suurin osa nuorisopsykiatrisista osastoista on perustettu maassamme vuoden 1980 jälkeen. Osastojen rahoitus toteutuu julkisin varoin. Vuonna 2000 tehtyjen tutkimusten mukaan tuolloin alaikäisten psykiatrisia sairaansijoja oli maassamme 592. (Ellilä 2007)

---

<sup>5</sup> <http://www.terkko.helsinki.fi/medic>, noudettu 18.11.2014



Sairaalahoitoa tarvitaan, kun nuori on vaaraksi itselleen tai muille, harkitsee itsemurhaa tai kärsii muusta vakavasta mielenterveyshäiriöstä. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon tavoitteina ovat yleisesti ottaen turvallisuuden takaaminen, voinnin vakauttaminen, ja tehokas psykiatrinen hoito. Sairaalassa nuorta voidaan havainnoida monipuolisesti ja lääkehoito aloittaa turvallisesti. Vakaat olosuhteet saattavat itsessään johtaa voinnin paranemiseen monen alaikäisen kohdalla. Osastohoidot ovat lyhentyneet kansainvälisestikin rahoituksellisen paineen sekä osastohoidolle vaihtoehtoisten hoitojen paremman saatavuuden vuoksi. (Sadock ja Sadock 2009) Kehitystä on perusteltu myös humanitaarisista lähtökohdista. (Tuori 2011) Myös Suomessa osastohoidot ovat lyhentyneet ja hoito siirtynyt avohoitopainotteisemmaksi sitten 1990-luvun. Keskimääräinen alaikäisten hoitoaika oli vuosina 2002-2004 43 vuorokautta, kun se 1995-1998 oli 55 vuorokautta, vaikka osastojaksojen lukumäärä on kasvanut. (Ellilä 2007)

Nuorisopsykiatrinen osastohoito toteutuu Suomessa päiväsairalahoitona, viikko-osastohoitona tai jatkuvana kokovuorokausihoitona. Osastohoidossa nuorelle nimetään tyypillisesti omahoitaja tai omahoitajapari, joka vastaa hoidon toteutumisesta osastolla. Osastolla turvataan fyysinen hyvinvointi ja arjen sujuminen. Edellisessä tarkoituksessa rajoitustoimenpiteitä, esimerkiksi kiinnipitoa, voidaan käyttää mielenterveyslain mukaisesti. Perhe osallistuu tyypillisesti hoitoon perhetapaamisten muodossa, mitä pidetään hoidon onnistumisen kannalta tärkeänä elementtinä. Osastohoidolle on myös tyypillistä moniammatillisuus. Terveystieteiden ammattihenkilöiden lisäksi osastohoitoon saattavat osallistua esimerkiksi psykologian, toimintaterapian tai sosiaalihuollon ammattilaiset. Hyvän hoidon tunnusmerkkeinä pidetään henkilöstön myönteistä asennoitumista, hoidon lopputulosta, itsemääräämistä, luottamusta, omaisten huomioimista, potilaiden kanssakäymistä ja kiireettömyyttä, sekä iänmukaisten erityispiirteiden huomioimista. (Friis ym. 2004)

Alaikäisten vakavat mielenterveyshäiriöt edellyttävät aina asianmukaisen hoitokontaktin järjestämistä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon Suomessa oikeuttaa joko alaikäisen akuutti vakava mielenterveyshäiriö, jollainen on esimerkiksi psykoosi, itsetuhoisuus, kontrolloimaton väkivaltaisuus, henkeä uhkaava laihuushäiriö taikka merkittävää haittaa aiheuttava päihdehäiriö. Lisäksi pitkittyessään ja nuoruusiän kehityksen uhatessaan mielialahäiriöt, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, käytöshäiriöt ja päihderiippuvuus oikeuttavat tahdosta riippumattoman hoidon. Alaikäisten psykiatristen hoitajaksojen määrä Suomessa lisääntyi merkittävästi vv. 1996-2000, 2656:sta 4192:n. Samoin niistä yhä

suurempi osa alkoi tahdosta riippumattomalla MI-menettelyllä, jossa nuori lähetetään tahdostaan riippumattomasti arvioitavaksi psykiatriselle osastolle lääkärin toimesta vakavan mielenterveydenhäiriön epäilyn vuoksi. MI-menettelyllä alkoi nuorten osastohoidosta 26% vuonna 2000. (Kaltiala-Heino 2003)

Asuntolahoito tarkoittaa hoitoa, jossa nuori asuu hoitopaikassa vuorokauden ympäri, mutta joka ei kuitenkaan ole psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Hoidosta vastaava henkilökunta saattaa sisältää nuorisotyöntekijöitä, kasvatusalan ammattilaisia, sosiaalityöntekijöitä, sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Hoidolliset laitokset saattavat olla joko suljettuja tai avoimia laitoksia, riippuen siitä pääseekö nuori poistumaan asuntolasta vapaasti. Yhdysvalloissa suosituksena on, että asuntolahoitoon kuuluisi myös koulunkäynti ja iltaohjelma. Nuoret asuvat tyypillisesti ryhmämuotoisesti työntekijöiden tukemina. Asuntolahoidon tulee tarjota struktuuria, mikä tarkoittaa sitä, että asuntola asettaa rajoituksia nuoren käytökselle. Hoidossa saattaa olla sekä psykiatrisia, psykoterapeuttisia että kasvatuksellisia elementtejä. (Sadock ja Sadock 2009) Suomessa asuntolahoitoa järjestää sosiaalitoimi. On viitteitä, että asuntolahoidon määrä on viime aikoina kasvanut. Uudet perhe- ja kuntoutuskodit muistuttavat asiakaskunnaltaan psykiatrista osastoa, mille saattaa olla syynä nuorten psykiatristen sairaansijojen pula ja yhä suuremman osan nuorisosta jääminen ilman perheen tukea. Kaiken kaikkiaan vuonna 2001 alle 18-vuotiaista oli sijoitettuna 1,2%. Tällöin Suomessa oli 3080 nuorten ympärivuotista laitospaikkaa. (Pylkkänen 2004) Lastensuojelulaitokseen tai perhekotiin voidaan Suomessa sijoittaa sosiaalihuollon toimesta joko avohoidon tukitoimena taikka huostaanoton keinoin. Käytettävistä palveluista päättää sosiaalityöntekijä. Edellytyksenä huostaanotolle on, että alaikäisen huolenpidossa on puutteita tai muut kodin olosuhteet taikka alaikäinen itse vaarantaa terveyttään tai kehitystään. Syyt asuntolahoidon käyttöön eivät siis ole samat kuin syyt aloittaa psykiatrinen osastohoito. (Friis ym. 2004) Asuntolahoitoa käsittelevät tutkimukset otettiin opinnäytetyöhön mukaan prof. Kaltiala-Heinon ehdotuksesta. Asuntolahoidon haittavaikutukset ja asuntolaympäristön hyödyt ovat oletettavasti samankaltaiset kuin nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa, vaikka hoidon indikaatiot ovat erilaiset. Niinpä asuntolahoitoa käsittelevistä tutkimuksista voidaan saada lisätietoa myös nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta. Asuntolahoito on myös merkittävä osa lasten ja nuorten sairautta ja terveyttä, joten se on itsessään mielekäs tutkimuskohde.

Päiväsairaalahoito tarkoittaa päivittäistä kokonaisvaltaista hoitoa, jossa käytetään asuntolahoidon tai psykiatrisen osastohoidon hoitokeinoja, mutta nuorta ei poisteta kokonaan kasvuympäristöstään.

Päiväsairaalahoidon kehittämistä motivoi sen tarjoama kustannushyöty, sekä nuoren vähempi erottaminen aikaisemmasta sosiaalisesta ympäristöstään ja vähäisempi riski häiriintyneiden ikätoverisuhteiden muodostamiselle osastohoidossa. Päiväsairaalahoidon tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa on yhä vaikeuksia. (Sadock ja Sadock 2009)

## **2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

---

### **2.1 KYSYMYKSENASETTELU**

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon hyödyllisyyttä voidaan lähestyä monesta näkökulmasta. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on suotavaa muotoilla kysymys tarkasti niin, että siihen on mahdollista saada täsmällinen vastaus, ja lääketieteellisessä tutkimuksessa niin, että kysymyksellä on kliininen merkitys, ja vastaus on tulkittavissa. (Glasziou, 2001) Osastohoidon vaikutus nuoruusiän kehitykseen sinänsä on mielekäs kysymys. Tätä kysymystä voidaan osin lähestyä osastohoitoa saanutta kohorttia seuraamalla. Niin ei kuitenkaan saada tietoa siitä, miten kehitys olisi toteutunut ilman osastohoitoa. Täyden kuvan osastohoidon hyödyistä ja haitoista saamiseksi tarvitaan vertailuryhmä. Toinen mielekäs kysymyksenasettelu on valinta nuorisopsykiatrisen osastohoidon ja avohoidon välillä. Kysymys kuuluu, onko niin, että vertailtaessa kahta ryhmää, jossa molemmat ovat nuorisopsykiatrisen hoidon piirissä, ryhmät ovat vertailukelpoiset, ja toinen ryhmä on ohjattu nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ja toinen nuorisopsykiatriseen avohoitoon, ryhmissä on havaittavissa eroa hoitovasteessa. Käytännössä molempiin kysymyksiin vastaa samanlainen tutkimus, so. prospektiivinen vertailututkimus. Tämän kaltainen tutkimustieto nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta on kuitenkin vähäistä. (Marttunen ym. 2004) Lisäksi satunnaistetun vertailuryhmän luomiselle on merkittäviä, joskaan ei kaikissa tilanteissa ylityspääsemättömiä, eettisiä esteitä, sillä osastohoitoa on pidettävä eräissä tilanteissa välttämättömänä. Toisaalta nuorisopsykiatristen häiriöiden luontainen kulku ei yleisesti ottaen liene suotuisa. (Gossett ym. 1980) Näin ollen tulee ottaa lukuun kaikki intervention vaikutuksista mahdollisesti tietoa antavat tutkimusasetelmat.

## 2.2 HAKUTERMIEN VALINTA

Keskeinen kysymys tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta hyötyminen. Nuorisopsykiatrisia osastohoidon tutkimuksia yhdistää sekä potilasaineisto, joka on mielenterveyshäiriöstä kärsivä nuoriso, että interventio, joka on osastohoito. Kysymykseen liittyvät tutkimukset sijaitsivat näitä vastaavien käsitteiden leikkauksessa. Englanninkielisten tietokantojen käyttämiseksi molemmat termit täytyi määritellä englanniksi. Pubmed- ja Medic-tietokannoista haettaessa käytetään MeSH-termejä, joiden kartoittamiseksi käytettiin kansalliskirjaston ontologian ONKI-palvelu<sup>6</sup>. ONKI-palvelu sallii suomenkielisten MeSH-termien selaamisen sekä läheisten termien kartoittamisen. Termeistä keskusteltiin prof. Kaltiala-Heinon kanssa kesäkuussa 2014. Lopullinen termien kartoitus tehtiin 18.11.2014 siten, että suomenkielinen termi haettiin MeSH-hakemistosta, sen englanninkielisellä vastineella suoritettiin sanahaku ONKI-palvelusta, ja hakutulosten vierekkäistermeistä valittiin sellaiset, jotka kuvaavat lasten- ja nuorisopsykiatrista syytä (hakutermi 1) tai osastohoitoa tai osastolla olevaa potilasmateriaalia (hakutermi 2). Tämä lopputulos rajattiin tutkimuksiin, joiden perusteella voi arvioida hoidon lopputulosta. (Glaziou 2001).

Nuorisopsykiatria on Suomessa erillinen erikoisala. Nuorisopsykiatrinen osastohoito viittaa osastohoidon kontekstissa Suomessa pääasiallisesti 13-18-vuotiaiden hoitoon. 13-18-vuotiaasta vastaa ensisijaisesti MeSH-termi nuori, "*adolescent*". Nuorisopsykiatria ei ole lastenpsykiatriasta itsenäinen erikoisala maailmanlaajuisesti, joten mukaan tulee ottaa myös termi lapsi, "*child*". Näille rinnakkaistermi on MeSH-asiasanastossa alaikäiset, "*minors*". ONKI-palveluun syötettiin haku käsitteillä "*adolescent*", "*child*" ja "*minor*" ja valittiin tuloksista aiheeseen liittyvät. Haku ONKI-palvelusta käsitteellä "*adolescent*" tuotti "*Adolescent Health Services*", "*Adolescent Medicine*", "*Adolescent Psychiatry*", "*Adolescent Psychology*", sekä sairaalahoitoon liittyvät termit "*Adolescent, Hospitalized*" ja "*Adolescent, Institutionalized*". Haku sanalla "*child*" tuotti vastaavasti "*Child Behavior Disorders*", "*Child Health Services*", "*Child Psychiatry*", "*Child Psychology*", "*Child, Hospitalized*" ja "*Child, Institutionalized*". Haku termillä "*minor*" ei tuottanut lisätermejä. Lisäksi sairaalahoidon elämänvaihetta kuvaa termi nuoruus, "*adolescence*", joka on ollut käytössä MEDLINEssa 1982-2002<sup>7</sup>. "*Adolescent Health Services*" ja "*Adolescent*"

---

<sup>6</sup> <http://onki.fi/fi/>, haettu 18.11.2014

<sup>7</sup> <http://www.yso.fi/onto/mesh/D033242>, haettu 18.11.2014

*Medicine*" kuvaavat nuoruusikää mutta eivät psykiatrasta potilasaineistoa, joten ne yhdistettiin OvidSP-haussa psykiatriin häiriöihin loogisella AND-operaatiolla. "*Adolescent, Hospitalized*", "*Adolescent, Institutionalized*", "*Child, Hospitalized*" ja "*Child, Institutionalized*" kuvaavat nuoruusikää ja osastohoitoa eivätkä nuoruusikää ja psykiatrasta potilasaineistoa, joten ne liitettiin hakutermiin 2. "*Minor*" ei kuvaa psykiatrasta potilasaineistoa. Hakutermiksi 1 saatiin siis *((Adolescent medicine AND Psychiatry).sh OR (Adolescent Health Services AND Psychiatry).sh OR Adolescent Psychiatry OR Adolescent Psychology OR Child Behavior Disorders OR Child Psychiatry OR Child Psychology).sh*. MEDLINE-haussa voidaan käyttää explode-toimintoa, joka ottaa hakuun mukaan kaikki MeSH-termin alakäsitteet. Koska artikkeli saattaa olla luokiteltu vain alakäsitteen mukaan, ja silti liittyä yläkäsitteeseen, jokaiseen termiin liitettiin explode-toiminto.



Kuva 1. Hakustrategia Venn-diagrammilla esitettynä (mukaillen Glaziou, 2001).

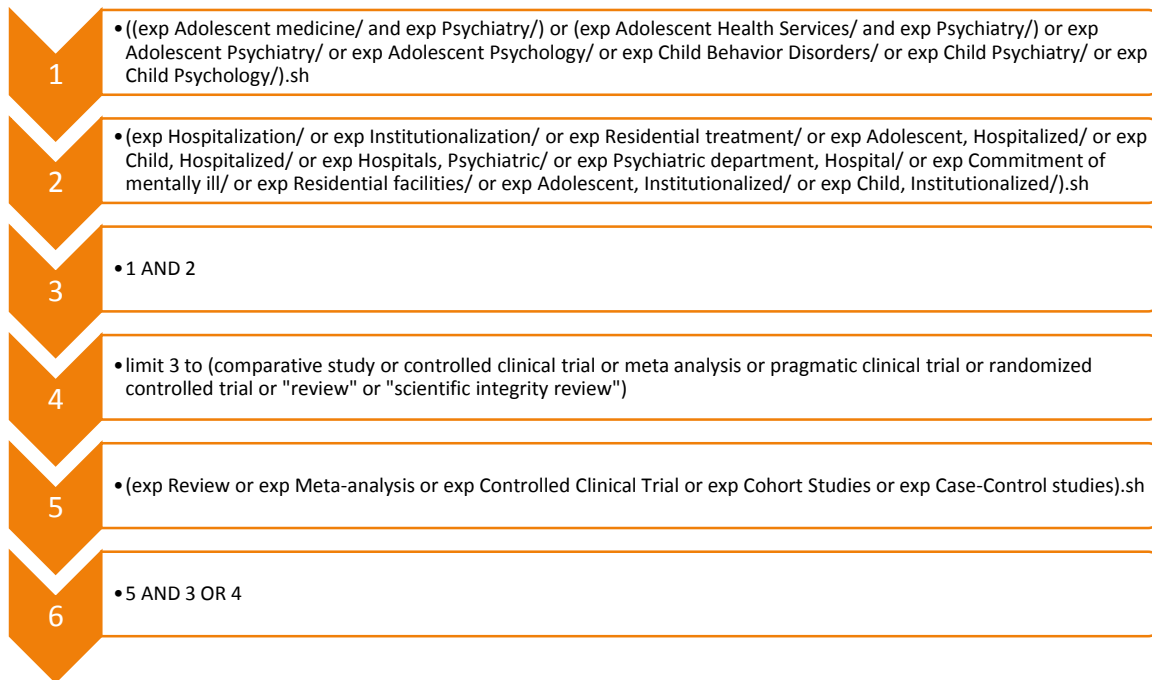
Käsitteen osastohoidon muodollinen englanninkielinen vaste etsittiin Helsingin yliopiston Termix-tietokannasta, vastaten termiä sairaalahoito, "*hospitalization*". Tälle ONKI-palvelussa on vieruskäsitteenä laitostuminen, "*institutionalization*". Sairaalahoidossa olevaa potilasta vastaa käsite sairaalapotilas, "*inpatient*". Itse sairaalaa vastaa termi sairaalat, "*hospital(s)*". Lisäksi prof. Kaltiala-Heino ehdotti termiä

asuntolahoito, *"residential treatment"*. Näillä hakemalla ONKI-palvelusta löydettiin lisäksi termit *"Adolescent, Hospitalized"*, *"Child, Hospitalized"*, *"Hospitals, Psychiatric"*, *"Psychiatric Department, Hospital"*. Tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa vastaa käsite *"commitment of mentally ill"*. Asuntolahoitoa tuottaa asuntola, jota vastaa *"residential facilities"*, joka otettiin myös hakusanaksi. Yllä mainituille ei löytynyt soveltuvia vieruskäsitteitä. Tähän ryhmään lisättiin termit *"Adolescent, Hospitalized"*, *"Adolescent, Institutionalized"*, *"Child, Hospitalized"* ja *"Child, Institutionalized"* interventiota kuvaavina. Toiseksi hakutermit tuli siis (*Hospitalization OR Institutionalization OR Residential treatment OR Adolescent, Hospitalized OR Child, Hospitalized OR Hospitals, Psychiatric OR Psychiatric department, Hospital OR Commitment of mentally ill OR Residential facilities OR Adolescent, Institutionalized OR Child, Institutionalized*).sh ilman explode-termiä, joka myös yllä olevista syistä lisättiin joka termiin.

Koehaussa saatiin yllä mainitut termit yhdistämällä 2603 viitettä. Näistä valittiin ne, jotka soveltuvat intervention vaikutuksen arvioimiseen, eli systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit, kliiniset kokeet, vertailututkimukset, ja kohottitutkimukset (Glasziou, 2001). Tämä valinta tehtiin sekä MEDLINEn omalla luokituksella ("limit 6 to (comparative study or controlled clinical trial or meta analysis or pragmatic clinical trial or randomized controlled trial or "review" or "scientific integrity review)") että tutkimustyyppin MeSH-termillä *"Review"* tai *"Meta-analysis"* tai *"Controlled Clinical Trial"* tai *"Cohort Studies"* tai *"Case-Control studies"*. Nämä termit yhdistettiin OR-operaatiolla.

## 2.3 HAUN TOTEUTUS

Kohdassa 3.1 muodostetut hakutermit syötettiin MEDLINE-hakua varten Multi-field search-työkaluun siten, että kaikkien kolmen termin leikkaus löydettiin AND-operaatiolla. Explode-operaatio tehdään Tampereen yliopiston tilaamassa MEDLINEn OvidSP-käyttölittymässä lisäämällä "exp" ennen hakutermiä, jota käytettiin kunkin hakutermien kohdalla.



Kuva 2. Hakustrategia MEDLINE-tietokannassa.

Lopullinen haku MEDLINE-tietokannasta suoritettiin 20.11.2014 ja sitä täydennettiin 23. ja 24.11.2014. Näin saatiin yhteensä 606 tutkimusta käsin läpikäytäviksi.

PsycINFO-tietokannassa MeSH-termejä vastaavat tietokannan omat asiasanat, joita selataan tietokannan Thesaurus-työkalulla. Työkalulla muutettiin yllä olevat käsitteet yksitellen hakutermeiksi, mikäli mahdollista, käsite käsitteeltä, ja ne yhdistettiin OR-operaatiolla. Näin saatiin hakutermeiksi *SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychiatry") OR SU.EXACT.EXPLODE("Childhood Psychosis") OR SU.EXACT.EXPLODE("Childhood Schizophrenia") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychopathology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Childhood Neurosis") OR SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychopathology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychiatry") OR SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Development") OR SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychology"), SU.EXACT.EXPLODE("Institutionalization") OR SU.EXACT.EXPLODE("Hospitals") OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatric Hospitalization") OR SU.EXACT.EXPLODE("Hospital Admission") OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatric Hospital Admission") OR SU.EXACT.EXPLODE("Partial Hospitalization") OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatric Hospitals") OR SU.EXACT.EXPLODE("Residential Care Institutions")*

OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatric Hospital Discharge") OR SU.EXACT.EXPLODE("Psychiatric Hospital Readmission") OR SU.EXACT.EXPLODE("Hospitalized Patients"), ja SU.EXACT("Evidence Based Practice") OR SU.EXACT.EXPLODE("Literature Review") OR SU.EXACT.EXPLODE("Experiment Controls") OR SU.EXACT.EXPLODE("Clinical Trials") OR SU.EXACT.EXPLODE("Followup Studies") OR SU.EXACT.EXPLODE("Prospective Studies") OR SU.EXACT.EXPLODE("Longitudinal Studies"). Näin saatiin 47 tutkimusta käsin läpikäytäviksi.

Suomalaisessa Medic-tietokannassa käytetään MeSH-hakutermejä, mutta explode-operaatio ei ole käytössä asiasanahaussa. Sen sijaan tietokanta täydentää hakua kunkin hakutermien synonyymeillä. Haku suoritettiin vastaavasti termeillä ("Adolescent medicine" and "Psychiatry") or ("Adolescent Health Services" and "Psychiatry") or "Adolescent Psychiatry" or "Adolescent Psychology" or "Child Behavior Disorders" or "Child Psychiatry" or "Child Psychology" ja ("Adolescent medicine" and "Psychiatry") or ("Adolescent Health Services" and "Psychiatry") or "Adolescent Psychiatry" or "Adolescent Psychology" or "Child Behavior Disorders" or "Child Psychiatry" or "Child Psychology". Näin saatiin lopullisessa haussa 25.11.2014 130 tulosta, mikä oli riittävän pieni määrä lukea tiivistelmät ja otsikot käsin kunkin tutkimuksen menetelmän arvioimiseksi.

## 2.4 TUTKIMUSTEN VALINTA

Käsin läpikäytyjä artikkeleita otettiin mukaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen seuraavilla kriteereillä tiivistelmästä arvioiden:

1. Artikkelissa on käsitelty nuorisopsykiatrista osastohoitoa, asuntolahoitoa tai päiväsaarialahoitoa. Pois rajattiin sellaiset tutkimukset, joissa tutkimuksessa on käsitelty yksinomaan osastohoidon sisältöä eikä lopputulosta. Myös neuropsykiatriset häiriöt (autismi, ADHD, FAE/FAS) rajattiin katsauksesta pois, sillä näiden häiriöiden diagnostiikka ja hoitokäytännöt olivat todennäköisesti hyvin vaihtelevia ennen 2000-lukua.
2. Osastohoito tai asuntolahoito on sijoittunut koko aineistossa tai merkittävässä osassa aineistoa 13-18 vuoden ikään.
3. Artikkelissa on arvioitu hoidon lopputulosta tai sen hyötyjä ja haittoja tai vertailtu osasto- tai asuntolahoitoa saanutta ryhmää toiseen. Systemaattisesta katsauksesta suljettiin pois artikkelit, jotka ensisijaisesti arvioivat hoitoon joutumisen tai hoitomuodon valinnan syitä.



4. Artikkelit soveltuvat intervention arvioimiseen, eli on joko systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kontrolloitu koe (satunnaistettu tai ei), kohorttitutkimus, tapaus-verrokkitutkimus tai aikasarja. Myös case series- ja pretest/post-test-tutkimukset tulevat kyseeseen. Epäsystemaattiset kirjallisuuskatsaukset otettiin myös mukaan tutkimustiedon vähäisyyden vuoksi, vaikka ne eivät sinänsä ole luotettava tieteellinen lähde intervention arvioinnissa (Glaziou 2001).

Lisäksi artikkelit rajattiin suomen- tai englanninkielisiin artikkeleihin, jotka ovat vuodelta 1980 tai myöhemmin. Mikäli tiivistelmää ei ollut käytettävissä tai tiivistelmästä ei voinut arvioida artikkelia soveltumattomaksi yllä olevien kriteerien perusteella, tilattiin artikkelin kokoversio. Mikäli tätä ei ollut saatavissa MEDLINE-tietokannassa, arvioitiin artikkelin soveltuvuus otsikon perusteella. Mikäli tutkimus ei täyttänyt systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerejä, sitä voitiin silti käyttää opinnäytetyössä epäsystemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. MEDLINE-tietokannassa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerit täytti otsikon ja tiivistelmän perusteella arvioiden 50 artikkelia. Lisäksi PsycINFO-tietokannassa kriteerit täytti 15 artikkelia ja Medic-tietokannassa 10 artikkelia. Viitteet olivat osin päällekkäisiä. Osa artikkeleista jäi lopulta saamatta tutkimusaikana, ja osa osoittautui otsikosta tai tiivistelmästä huolimatta suurelta osin lapsia käsitteleväksi tai asetelmaltaan soveltumattomaksi. Kaiken kaikkiaan saatiin kuitenkin kattava otos alkuperäistutkimuksista edellä mainituissa aineistossa.

### 3 TULOKSET

---

Uusi englanninkielinen kirjallisuus, joka soveltui kirjallisuuskatsaukseen ja oli saatavissa luettavaksi, oli vähäistä. Löydetty viitteet jaoteltiin hoitomuodon mukaan siten, että psykiatrasta osastohoitoa käsitelleet tutkimukset, asuntolahoitoa mutta ei ensisijaisesti psykiatrasta osastohoitoa käsitelleet tutkimukset, ja päiväsaairaalahoitoa mutta ei ensisijaisesti kumpaakaan edellisistä käsitelleet tutkimukset sijoitettiin omiin ryhmiinsä. Tässä kappaleessa on kustakin tutkimuksesta yhteenveto, joka sisältää tiedon

tutkimusasetelmasta, keskeiset löydökset, tutkijoiden havainnot ja lyhyen arvion tuloksen yleistettävyydestä ja sovellettavuudesta.

### **3.1 PSYKIATRINEN OSASTOHOITO**

Mathai ja Bourne (2009) tutkivat prospektiivisessä kohorttitutkimuksessa, liittyvätkö ikä, sukupuoli, hoitoaika ja tulosyyp lopputulokseen nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa 12-18-vuotiaille suunnatulla kriisiosastolla. Aineistona oli 12 kuukauden aikana osastolla yli 3 päivää hoidossa olleet 123 keskimäärin 15-vuotiasta nuorta, joille oli tehty HoNOSCA-menetelmän mukainen oireiden arvio sekä nuorisopsykiatrisen osastohoidon alussa että sen päätteeksi. Keskimääräinen osastollaoloaika oli 11 päivää (SD=19). Nuorten oireilu väheni merkittävästi ja tilastollisesti merkitsevästi hoitoaikana. Eri DSM-IV-diagnoosiryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa hoidon lopputuloksen suhteen, ei myöskään iällä, hoidon kestolla eikä sukupuolella. Oireet lievittyivät eniten psykoosipotilailla, joita oli aineistossa 20, mutta ero ei ollut merkitsevä. Osastohoidon toistuminen ennusti merkitsevästi vähäisempää oireilun lievittymistä osastojakson aikana. Lyhytkestoinen kriisiosastohoito tulkittiin hyödylliseksi nuoren kokonaishoidon osana. Tutkimuksen heikkous oli, että arvioita ei toistettu tai vertailtu, eikä arvioija ollut tietämätön nuoren hoidon kulusta. Tutkimus on sovellettavissa kriisiosastohoitoon, mutta ei sisältänyt vertailuryhmää.

Besier ym. (2009) tutkivat psykiatrasta liaison-toimintaa 26 lasten ja nuorten (ikä 4-18, M=14,1, SD=2,65) lastensuojelullisessa asuntolahoitolaitoksessa Saksassa vertailuasetelmassa, jossa liaison-toiminnan oletettiin vähentävän psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Tutkimusryhmässä psykiatri vieraili viikottain tai vuoroviikottain asuntolassa. Interventioryhmässä toteutui lääkehoitoa, yksilö- tai ryhmäterapiaa, sekä ryhmäasumisesta vastaavien henkilöiden ohjeistusta. Psykiatri konsultoi myös tarvittaessa sosiaalitoimen palveluja. Tutkimusryhmässä (N=186) ja vertailuryhmässä (N=210) psykiatriseen sairaalahoitoon joutui 8,1% nuorista 12 kuukauden seuranta-aikana. Keskimääräinen sairaalahoidon kesto oli 39 päivää vertailuryhmässä ja 18 päivää tutkimusryhmässä, ero tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Tutkimusryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa internalisoivissa ja eksternalisoivissa oireissa 6 eikä 12 kuukauden kohdalla. Molemmissa ryhmissä tapahtui tilastollisesti merkitsevä oirekuvan lieventyminen ajan funktiona. Tutkimuksen heikkous oli, että ryhmät eivät olleet täysin satunnaistetut eivätkä

vertailukelpoiset, eikä psykiatrisen osaston henkilökunta ollut tietämätön nuoren kuulumisesta interventioryhmään, vaan päinvastoin liaison-psykiatri oli yhteydessä hoitohenkilökuntaan. Edellä mainituista rajoituksista huolimatta tutkimuksen voidaan kuitenkin arvioida osoittavan, että tehokkaampi avohoito saattaa johtaa lyhyemmän osastohoidon tarpeeseen. Kääntäen pidemmällä osastohoidoilla ei tässä tutkimuksessa ollut vaikutusta nuorten oireiden kehittymiseen. Tutkijat toivoivat lisätietoa ohjelman kustannusvaikuttavuudesta.

Lamb (2009) tutki kirjallisuuskatsauksella nuorisopsykiatrisen osastohoidon vaihtoehtojen tehokkuutta. Katsauksen tutkimuksissa avohoito oli potilaiden ja vanhempien mielipiteiden mukaan hyväksyttävämpää kuin osastohoito. Hoidon vaihtoehtoina olivat monisysteemitapia (MST), päiväsaairaala, tehostettu palveluohjaus, intensiivinen terveydenhuollon ammattilaisten suorittama kotisairaanhoido, erikoissairaanhoidon avohoito, intensiivinen kotihoidon tuki ja/tai lyhyt sijoitus, terapeuttinen sijoitus jossa sijoituksen lisäksi psykiatrinen hoito. MST-terapiasta tehty seurantatutkimus osoitti, että MST vähensi osastohoidon tarvetta, mutta osastohoidon tarve ei poistunut. Tehostetun palveluohjauksen tehoa osastohoitoon verrattuna ei voinut arvioida tutkimusnäytön perusteella. Ammattilaisten suorittama kotipohjainen sairaanhoido oli tehokasta lapsilla, mutta soveltui vain 15%:lle potentiaalisista osastopotilaista katsauksen tutkimuksissa. Erään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan avohoidon ja osastohoidon välillä ei ollut eroja seurannassa käytösoireiden tai psykologisten oireiden suhteen. Päiväsaaralahoidosta ei ollut satunnaistettua näyttöä nuorilla, mutta aikuisilla se oli hyvä vaihtoehto noin kolmasosalle potilaista. Sijoitushoidoista ei ollut satunnaistettua näyttöä, ja tulokset systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa olivat ristiriitaisia. Katsauksessa oli jonkin verran tukea edellä mainituille vaihtoehtoisille hoitomuodoille, mutta ne eivät voineet korvata psykiatrisen osastohoidon vakauttavaa elementtiä. Katsauksessa ei ollut riittävästi näyttöä, että voisi päätellä mikä hoidon malli toimii parhaiten millekin nuorten ryhmälle. Katsauksen tutkimusten sovellettavuus jää tuntemattomaksi, sillä useinkaan tutkimuksissa ei ollut raportoitu tarkasti hoitoprosessia. Tästä huolimatta kyseinen katsaus puoltaa nuorisopsykiatrista osastohoitoa vaikeasti korvattavana palveluna, joskaan sen tehokkuuteen ja vaikuttaviin ainesosiin ei itse katsauksessa pystytty ottamaan kantaa ja niiden tarkempaa tutkimista puollettiin.

Pogge ym. (2008) tutkivat psykiatrisia oireita ja toimintakykyä 6 vuoden kuluttua 102 13-17-vuotiaan nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta. Osastohoidon aikana nuorille oli toteutettu kognitiivisen

toimintakyvyn arvio, oireiden ja yleisvoinnin arvio DPRS-menetelmällä, ja laadittu diagnoosi. Tutkittavat rekrytoitiin ja heidän oireensa arvioitiin uudestaan 6 vuoden jälkeen HoNOSCA-menetelmällä. Kaikki mitatut oireet paitsi depressio olivat 6 vuoden jälkeen keskimäärin lieviä. Yhdenkään tulodiagnoosin merkitys ennustajana ei ylittänyt Bonferronin korjausta. Oiredimensiot ja kognitiivinen kyky osastohoidon aikana mitattuina selittivät vähintään 20% depressiosta, psykoottisesta oireilusta, heikoista ikätoverisuhteista ja heikosta koulumenestyksestä 6 vuoden aikana. Tietyt kognitiiviset puutteet, psykoosioireilu ja desorientaatio ennustivat uudelleen sairaalahoitoon joutumista 6 vuoden aikana. Tarkkaavaisuuden häiriö osastojakson aikana ennusti sekä psykoosioireilua, että uudelleen sairaalahoitoon joutumista 6 vuoden aikana. Oiredimensiot olivat keskimäärin vähäiset ja otoksen kognitiivinen kyky hyvä 6 vuoden kuluttua, ja sairaalahoitoon joutuneen nuoren kognitiivisten kykyjen lasku vähäisempää kuin aikuisiän psykiatrasta osastohoitoa saaneissa kohorteissa. Kaiken kaikkiaan tutkimus puoltaa käsitystä, että osastohoitoa saaneen nuorisopsykiatrisen populaation ennuste saattaa olla hyvä. Tutkimuksen rajoitus on, että se ei sisältänyt vertailua.

Vyas ym. (2007) tutkivat nuoruusiässä alkavan skitsofrenian ( $n=23$ , keski-ikä 15,16, SD 1,39) ennustetekijöitä. Tutkimus oli osa Maudsley Early Onset Schizophrenia-tutkimusta. Tutkittavat arvioitiin tutkimuksen alussa ja 4 vuoden kuluttua SCID- ja KID-SCID-mentelmillä ikäryhmän mukaan, psykoosioireita arvioitiin PANSS-asteikolla, sairautta edeltävää toimintakykyä tutkimuksen alussa PAS-asteikolla, ja seurannassa sosiaalista toimintakykyä SASS-asteikolla. Tilastollisesti merkitsevä korrelaatio löytyi sairautta ennakoivan toimintakyvyn lapsuudessa ja sosiaalisen toimintakyvyn, mutta ei sairautta ennakoivan toimintakyvyn nuoruudessa, hoitamattoman psykoosin keston ja sosiaalisen toimintakyvyn välillä, eikä osastohoitojen lukumäärän ja sosiaalisen toimintakyvyn välillä. Yleisarvio nuoresta korreloi myös nuoruusiän sairautta edeltävän toimintakyvyn pisteisiin. Nuoret olivat osastohoidossa 0-5 kertaa, ja osastohoitojen lukumäärällä oli ei-merkitsevä negatiivinen korrelaatio sosiaalisen toimintakyvyn ja yleisarvion arvoihin. Tämän tuloksen saattoi tutkijoiden arvion mukaan selittää tilastollisen voiman puute, tai se että osastohoitojen lukumäärä ei ennusta luotettavasti varhaisen skitsofrenian hoitotulosta. Kaiken kaikkiaan sairaalahoitotaksot eivät siis vaikuttaneet tässä tutkimuksessa sosiaaliseen toimintakykyyn. Tuloksen sovellettavuus on rajoitettu tilastollisen voiman mahdollisen puutteen vuoksi, sekä lopputuloksen hyvin kapean määritelmän vuoksi.

Green ym. (2007) tutkivat lasten (4 osastoa, keski-ikä 10,6) ja nuorten (4 osastoa, keski-ikä 15,4) (n=150) yli 1 viikon kestävän osastohoidon kustannusvaikuttavuutta prospektiivisessä kohorttitutkimuksessa. Vertailuryhmien käyttöä pidettiin epäeettisenä, sillä vain osa nuorista voidaan turvallisesti ohjata avohoitoon. Potilaat tulivat osastolle sovitusti. Viive osastohoidon aloittamiseen osastohoidosta sopimisen jälkeen oli keskimäärin 16,4 vko, jona aikana lapsi tai nuori sai tyypillisesti avohoitoa. Osastohoidosta sovittaessa, osastolle tullessa, osastolta poistuessa ja 1 vuoden kuluttua tehtiin yleisarvio C-GAS asteikolla sekä tarpeiden arvio SNSA-asteikolla. Diagnostinen K-SADS-haastattelu sekä vahvuuksien ja vaikeuksien SDQ ja perheen arvioinnin FAD-kaavakkeet tehtiin osastolle tullessa. TRF-kaavake koulun arviosta lapsesta tai nuoresta täytettiin ennen osastolle tuloa, osastolla olon jälkeen osaston koulun toimesta sekä 1 vuoden kuluttua lapsen tai nuoren oman koulun toimesta. Osastohoidon keskimääräinen kesto oli 16,6 viikkoa. 43% potilaista täytti depression kriteerit, 27% uhmakkuushäiriön kriteerit, 29% tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön kriteerit, 17% käytöshäiriön kriteerit, 16% traumaperäisen stressihäiriön kriteerit, 15% laaja-alaisen kehityshäiriön kriteerit, ja 6% psykoosin kriteerit. Oireilu oli alkanut keskimäärin 18 kuukautta ennen osastojakson alkua. Yleisarvio parani merkittävästi enemmän osastojakson aikana (12 GAS-pistettä, vaikutuksen suuruus 0,92) kuin osastojakson odotusaikana (3,7 pistettä, vaikutuksen suuruus 0,27). Tulos oli samansuuntainen ja merkitsevä nuoren tarpeiden arviossa tarpeiden arviossa sekä koulun arviossa. Yleisarvion paranemisen kanssa positiivisesti korreloivat osastojakson pituus, suhde osaston ikätovereihin, perheen toimintakyky ennen osastojakson alkua, sekä perheen allianssi hoitohenkilökunnan kanssa. Koulun arvion paranemisen kanssa negatiivisesti korreloivat lapsen tai nuoren negatiivinen suhtautuminen hoitoon sekä vanhempien positiiviset odotukset hoidon suhteen. Diagnostinen kategoria ei ennustanut lopputulosta. Aggressiivinen käytös ennusti sekä lyhyempää osastojaksoa, että vähemmän paranemista yleisarviossa. Yleisarvion paraneminen oli erityisen suurta psykoottisten oireiden ryhmässä. Osastojakso maksoi keskimäärin 24 100 punttaa. Tutkimuksessa vertailtiin potilaiden alveluiden käyttöä ja sen kustannuksia ennen ja jälkeen osastojakson. Otoksessa ainoa tilastollisesti merkitsevä ero kustannuksissa hoidon jälkeen oli vähäisempi ei-psykiatristen terveyspalvelujen käyttö, jonka arvo väheni 100 punttaa kuutta kuukautta kohti. Tutkimuksessa saatiin merkittävä hyöty osastohoidosta, joka oli suurempi kuin Iso-Britanniassa tehdyssä prospektiivisessä avohoidon tutkimuksessa. Toisen tutkimuksen potilasaineistoon verraten tässä tutkimuksessa osastohoitoa saaneiden potilaiden oirekuvan vaikeus

väheni avohoidon aloittavien potilaiden keskimääräiselle tasolle. Hyöty säilyi yhden vuoden ajan ja oli läsnä kaikissa ikäryhmissä. Osastohoidon kustannukset ja terveyshyödyt olivat merkittävät. Tutkimuksesta ei voinut päätellä, että osastohoito olisi kustannusvaikuttavaa, minkä tutkimisen tarpeeseen kiinnitettiin huomiota. Osastohoito tulkittiin näyttöön perustuvaksi hoidoksi. Tutkimuksen osastohoidossa käytettyjä interventioita olivat yksilöllisen tarpeen arvion mukaisesti lääkehoito sekä yksilön ja perheen terapia, ja koulutukseen liittyvät interventiot, joiden kuvattiin vastaavan moderneja käytäntöjä. Tutkimuksen sovellettavuus on kuitenkin rajallinen, koska osastohoidon pituus oli erilainen kuin on tyypillistä Suomessa 2000-luvulla. Tutkimus on kuitenkin poikkeuksellinen sikäli, että se puoltaa suoraan vertailukelpoisessa ryhmässä osastohoidon hyödyllisyyttä hoitamatta jättämiseen verraten, joskin prospektiivisessä seurantatutkimuksessa ei voi täysin sulkea pois ajallista oireilun palautumista keskimääräiselle tasolle.

Garrison ja Daigler (2006) tutkivat epäsystemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin nuorisopsykiatrisen osastohoidon, asuntolahoidon ja päiväsaarialahoidon meriittejä psykoosin, itsetuhokäyttäytymisen, häiriökäyttäytymisen, syömishäiriöiden ja päihteiden käytön hoidossa. Näyttö asuntolahoidosta mainittiin puutteelliseksi ja toisaalta asuntolahoitomuotojen kirjon sisältävän runsaasti toisistaan poikkeavia asuntolahoitomuita. Katsauksessa todettiin eräässä tutkimuksessa psykoosioireiden lievittyneen nopeammin osastohoidossa kuin avohoidossa. Huomiota kiinnitettiin lisäksi hoitamattomaan psykoosiin liittyvään itsemurha- ja väkivaltariskiin. Kahdessa tutkimuksessa todettiin toisaalta osastohoidon dialektisen käyttäytymisen kanssa tai ilman vähentäneen suisidaalista tai parasuisidaalista käytöstä, ja toisaalta MST:n olleen mahdollisesti ylivertainen osastohoidolle tässä suhteessa. Päiväsaarialahoidosta ja asuntolahoidosta itsetuhoisen käyttäytymisen hoitomuotoina oli vähän tietoa. Häiriökäyttäytymisen hoidossa yksi tutkimus oli havainnut, että osastohoito oli tehokasta, ja toinen, että MST oli tehokkaampaa verrattuna osastohoitoon. Päiväsaarialahoidon tehosta ei häiriökäyttäytymisen hoidosta ei ollut näyttöä. Syömishäiriöiden hoidosta eri tasolla oli hoitosuosituksia, mutta näyttöön ei viitattu suoraan. Päihteiden käytön hoidossa päiväsaairaala ja osastohoito olivat yhtä tehokkaita, mutta hoitoon sitoutuminen ja hoidon kesto muokkasi ennustetta, mitä pidettiin osastohoitoa ja asuntolahoittoa tukevana seikkana. Kaiken kaikkiaan näyttöä oli eri hoitomuodoista vähän. Katsauksen voi tulkita puoltavan osastohoitoa itsenäisenä hoitomuotona ja erityisesti psykoosin hoidossa.

Ramklint ym. (2002) tutkivat tapaus-verrokkitutkimuksessa persoonallisuushäiriöitä aikaisempien psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden nuorisopotilaiden joukossa (n=164). Tutkittavien keski-ikä oli 30,6v, ja keskimääräinen seuranta-aika 15,8v. Tutkittavat täyttivät itse postitse saamansa DIP-Q-lomakkeen persoonallisuushäiriöiden arvioimiseksi. Aikaisempien potilaiden joukossa oli merkittävästi enemmän persoonallisuushäiriöitä (38%) kuin verrokeissa (10,9%). Lisäksi tapausten GAF-yleisarvio oli merkittävästi alhaisempi (keskimäärin 73,4) kuin verrokkien (82,3). GAF-arvo oli alhaisempi persoonallisuushäiriön kriteerit täyttävillä potilailla molemmissa ryhmissä, ja muiden välillä ei ollut merkitsevää eroa. Tapauksilla oli myös huomattavasti enemmän sosiaalisia ongelmia kuin verrokeilla, ja molemmissa ryhmissä sosiaalisia ongelmia oli enemmän persoonallisuushäiriön kriteerit täyttävillä kuin muilla. 5% tutkimusta varten etsityistä osastopotilaista oli kuollut seuranta-aikana. Tuloksen mukaan pitkällä aikavälillä osastohoidon jälkeinen toimintakyky selittyy persoonallisuuden ongelmilla, mutta toisaalta koetusta lisästressistä huolimatta pitkällä aikavälillä osastohoitoa saaneiden potilaiden toimintakyky oli yhtä hyvä kuin verrokkien, mikäli persoonallisuushäiriötä ei ollut. Tutkimuksen luotettavuutta rajoittaa, että noin 50% tavoitelluista entisistä potilaista vastasi kyselyyn.

Stewart ym. (2002) tutkivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin itsetuhoisen nuorisopsykiatrisen potilaan akuuttihoitoa. Katsauksessa ei ollut löytynyt näyttöä, joka tukisi yhden hoitomuodon ylivoimaisuutta toisiin nähden. Nuorten heikko pysyminen seurannassa päivystyksestä tai sairaalasta kotiutettaessa näkyi merkittävänä ongelmana. Terapeuttisen allianssin rakentaminen vahvisti nuoren pysymistä seurannassa, mihin sairaalahoido tarjoo mahdollisuuden, mutta sairaalahoido itsessään ei vähentänyt nuoren itsemurhan riskiä. Sairalahoidoa suositeltiin itsetuhoiselle nuorelle hoitoon sitouttamiseksi.

Taiminen ym. (1998) tutkivat itsetuhoisen käytöksen tarttumista Turun yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrisella akuuttiosastolla vuoden aikana (n=51). Itsetuhoista käytöstä esiintyi 12 nuorella. Kuutta tapausta haastateltiin. Tyypillisin itsetuhoisen käytöksen muoto oli ihon viiltäminen, jota esiintyi 58 kertaa. Lisäksi esiintyi kaksi tapausta lääkkeiden yliannostusta ja neljä itsensä nälkiinnyttämistä, jotka tulkittiin parasuisidaaliseksi käytökseksi. Itsetuhoisesti käyttäytyneiden potilaiden diagnooseja olivat depressio, impulssikontrollin häiriöt ja epävakaa persoonallisuus. Itsetuhoisen käytös oli ajallisesti ryhmittynyt siten, että se ei todennäköisesti selity kokonaisuudessaan sattumalla. Suurin osa potilaista ilmoitti haastattelussa itsetuhoisen käytöksen helpottavan ahdistusta tai vihaa, mutta kaksi potilasta

ilmoitti motiivikseen itsetuhoiseen käytökseen, etteivät jäisi ryhmän ulkopuolisiksi. Kolme tutkimuspotilasta varastoi verta vaatekaappeihinsa, mikä tulkittiin kahden kohdalla toisen potilaan jäljittelyksi. Itsetuhoisen käytöksen todettiin tarttuneen osastolla myös sellaisiin nuoriin, joilla ei ollut aikaisempaa itsetuhoista käytöstä. Kirjoittajat kiinnittivät huomiota itsetuhoisen käytöksen tarttumisen estämisen tarpeellisuuteen. Tutkimus havainnollistaa erästä osastohoidon todellista haittavaikutusta osastolla syntyvien poikkeavien ikätoverisuhteiden muodossa.

Malone ym. (1997) tutkivat kohorttitutkimuksella osastohoidon ei-lääkkeellistä vaikutusta käytöshäiriöisillä lapsilla ja nuorilla. Lasten ja nuorten (n=44, ikä 9,83-17,14) fyysistä ja sanallista aggressiivista käytöstä seurattiin 2 viikkoa plasebohoidossa osastolla OAS-asteikolla. Nuorilla, joilla oli aggressiivista käytöstä 3 kertaa tai enemmän viikossa, joista 2 kertaa tai enemmän fyysistä väkivaltaa, aiottiin toteuttaa satunnaistettu kaksoissokkoutettu kontrolloitu koe litiumilla. Tutkittavat olivat vanhempien haastattelun perusteella vertailukelpoisia aikaisemman hoidon ja käytöshäiriödiagnoosin keston osalta, ja molemmilla oli aikaisempaa aggressiivista käytöstä. Plasebohoidossa 52,3% nuorista ylitti satunnaistettuun vaiheeseen jatkamisen kriteerit. Noin puolilla nuorista aggressio jäi osastolla vähäiseksi ilman lääkitystä. Näillä nuorilla oli myös lyhyempi aggressiivisen käyttäytymisen historia. Aggressio ei muuttunut seuranta-aikana. Kirjallisuuskatsausosion mukaan tutkimus vahvisti aikaisempia tuloksia siitä, että osalla nuorista aggressio vastaa osastohoidon ei-farmakologisiin tekijöihin. Tutkimus viittaa siihen, että osa nuorista vastaa osastoympäristöön aggressiivisen käytöksen suhteen. Tutkimuksen heikkous oli, että aggressiivisuuden arviointikriteeristö muuttui osastolle tullessa. Tuloksen voidaan silti katsoa puoltavan osastoympäristön edullista vaikutusta.

Piersma ja Boes (1997) tutkivat ISO-30 itsetuhoisuusindeksin toimivuutta nuorisopsykiatriassa osastopotilailla Michiganissa, Yhdysvalloissa (n=139, ikä 13-18). Osana tutkimusta ISO-30-indeksiä ja hoidon keston vaikutusta ISO-30-indeksin kehitykseen arvioitiin. Nuorista 95%:lla oli mielialahäiriö, ja 30% tarkkaavaisuushäiriö. Osastojakson kesto oli 9-23 päivää, ja ISO-30-haastattelu tehtiin osastolle tullessa ja 6 päivän kuluttua. Korkean riskin potilaiksi luokiteltiin 61,2% tullessa ja 25,9% kuuden päivän kuluttua, ja matalan riskin potilaiksi 20,1% tullessa ja 50,4% kuuden päivän kuluttua. Kaiken kaikkiaan itsetuhoisuus väheni merkittävästi 6 päivän osastohoidon aikana.



Bickman (1996) tutki, oliko tiiviimmin integroitu mielenterveys- ja päihdehoidon jatkumo tavanomaista järjestelyä tehokkaampi lasten- ja nuorisopsykiatristen (n=984, ikä 5-17) potilaiden hoidossa Fort Bragg Demonstration Project-projektissa Yhdysvalloissa. Jatkumossa vähintään keskitasoisesti palveluja tarvitsevan lapsen tai nuoren palveluiden saantia koordinoi moniammatillinen tiimi sekä palvelujenhallintaan keskittynyt taho, jotka yksin päättivät hoidon korvaamisesta sekä käytettävistä hoitomuodoista. Demonstraatioprojektissa kehitettiin perinteisen avohoidon lisäksi "keskitason" palveluja, joita olivat koulunjälkeiset ryhmät, kotiterapia, päiväsaairaalahoidot, sijoitushoidot sekä kriisiryhmä ja intensiivinen avohoito. Tavoitteena oli tuottaa säästöjä hoidon joustavuudella valitsemalla rationaalisesti vähemmän kalliita vaihtoehtoja ilman mielivaltaista hoidon porrastusta. Palvelujen tilaaja tarkasti kustannukset vuosittain, joten projektilla oli motivaatio tuottaa kustannustehokkaita palveluja. Vertailuryhmänä oli toisilla paikkakunnilla sijaitseva CHAMPUS-ohjelma, joka korvasi vuodessa 45 päivää osastohoitoa, 150 päivää asuntolahoitoa ja 23 avohoitokäyntiä, ilman case manageria, hoitotiimiä tai keskitason palveluita. Hoidon tulosta arvioitiin käytöstä mittaavalla CBCL, vanhempien arviota lapsen psykopatologiasta mittaavalla P-CAS, perheen kuormitusta mittaavalla Burden of Care (BCQ), nuoren käsitystä omista oireista mittaavilla YSR ja CAS, sekä montaa tietolähdettä yhdistävällä CAFAS-menetelmällä, sekä vanhempien ja lapsen omalla arviolla merkittävimmistä ongelmista, ja P-CAS:sta, CAFAS:sta ja BCQ:sta lasketulla kokonaisarviolla. Tutkimuspaikalla merkittävästi useampi lapsi ja nuori oli hoidon piirissä (14% vs 7%). Hoitoonpääsy oli merkittävästi nopeampaa (17pvä vs 38 pvä). Tutkimuspaikalla osastohoidot olivat merkittävästi harvinaisempia (9% vs 17%). Vanhemmat olivat tyytyväisempiä hoidon sopivuuteen lapselle tai nuorelle tutkimuspaikalla. Hoidon lopettaminen kesken oli harvinaisempaa tutkimuspaikalla. Kustannukset hoidosta olivat huomattavasti korkeammat tutkimuspaikalla kuin vertailupaikkakunnilla (\$7777 vs \$4904/potilas). Kustannukset johtuivat pääasiassa uusista palveluista, ja vertailupaikoilla läsnäolevien palveluiden käytössä säästettiin 4%. Erot hoidon lopputuloksessa hoitopaikkojen välillä suosivat joko tutkimus- tai vertailuasetelmaa viidellä mittarilla riippuen ajanhetkestä. Vaikutuskoot olivat pieniä ja hoidon lopputuloksessa ei voitu nähdä eroa. Järjestelyä tutkittiin erillisillä tutkimuksilla ja kustannuserot eivät todennäköisesti johtuneet mallin epäonnistuneesta toteuttamisesta. Artikkelissa todettiin, että ei ole selkeää tieteellistä näyttöä, jolla poissulkea mahdollisuus, että hoidon tuottaminen yhteisöpohjaisesti keskitasolla ei ole tehokasta lapsilla ja nuorilla. Tuloksia saattoi selittää myös klinikoiden kyvyttömyys valita mielekkäästi kunkin lapsen tai

nuoren kohdalla käytettävä hoitomuoto. Lisäksi tutkimuspaikan uskomuksen, että sairaalahoidon välttäminen on mielekäs kustannusten hallintatapa, arvioitiin mahdollisesti vaikuttaneen kustannusten nousuun. Tutkija arvioi, että hoitojärjestelmän reformi, tässä tutkimuksessa avohoidon suuntaan, ei itsessään johtane parempiin kliinisiin tuloksiin eikä tutkimuksessa johtanut myöskään säästöihin. Lisää informaatiota tarvittaisiin eri hoitomuotojen tehokkuudesta. Tuloksen merkitys on, että osastohoidon osuutta nuoren hoidosta korvaamalla muilla palveluilla ei välttämättä päästä säästöihin eikä myöskään saavuteta parempaa kliinistä tulosta. Tulos viittaa siihen, että täyttä ymmärrystä lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoidon kustannusvaikuttavimmista keinoista ei ole, mikäli järjestely itsessään oli toimiva. Tuloksen yleistettävyys pohjoismaiseen hoitojärjestelmään on kyseenalainen palvelurakenteiden, kulttuurin ja väestön erojen vuoksi.

Piersma ym. (1993) tutkivat MAPI-inventaariota keskipitkän nuorisopsykiatrisen osastohoidon (n=157, keski-ikä 15,56v, keskimääräinen sairaalassaoloaika 138 vrk) lopputuloksen mittarina. Lomake testaa Millonin mukaisia persoonallisuuden tyylejä sekä käytöksen korrelaatteja, joita ovat impulssinhallinta, joukkoon kuuluminen, läsnäolo ja akateeminen pärjääminen. Tutkimuspopulaatiossa 94:llä oli depressio, ja 63:lla käytöksen häiriö. Osastojakson päättyessä mielialahäiriöryhmässä nuoret olivat kokeneet tilastollisesti merkittävää parantumista kaikkien käytösasteikkojen suhteen, seitsemällä kahdeksasta huoliasteikosta sekä viidellä persoonallisuustyylin asteikolla. Käytöksen häiriön vuoksi hoidossa olleet olivat kokeneet muuten samanlaisen merkittävän muutoksen, mutta vain kolmen kahdeksasta huoliasteikosta muutos oli tilastollisesti merkittävä. Tutkimuksen sovellettavuutta rajoittaa harvoin käytetty mittari. Tutkimuksen tarkoitus ei myöskään ollut kuvastaa osastohoidon vaikutusta, vaan validoida em. mittaria. Tulos on kuitenkin viitteellinen sen suhteen, että mielialahäiriöstä kärsivät nuoret ilmoittavat osastohoidon edetessä vähemmän huolenaiheita sekä heidän toimintakykynsä paranee.

Gowers ja Rowlands (2005) tutkivat kirjallisuuskatsauksen keinoin nuorisopsykiatrista osastohoitoa arvioidakseen nuorisopsykiatrista osastohoitoa 2000-luvulla Iso-Britanniassa. Katsauksessa todettiin, että suurin osa näytöstä hoidon tehokkuudesta tulee sokkouttamattomasta, vertailuryhmättömästä tutkimuksesta, jossa hoidon tehokkuus on ollut kohtuullinen. Eräs satunnaistettu kontrolloitu koe ei näyttänyt suurta hyötyä osastohoidolle yli kotona tapahtuvan MST:n usean eri diagnoosin hoidossa. Saksassa vertailututkimuksessa ei oltu havaittu hyötyä osastohoidolle yli avohoidon lastenpsykiatriassa, kun avohoito soveltui käytettäväksi. Kahdessa Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa oli havaittu

merkittävää paranemista osastohoitoaikana, mutta ei odotusaikana. Eräissä tutkimuksissa paranemista havaittiin samalla tavalla nuoren itsearviossa kuin klinikon arviossa. Iso-Britannian NICE:n systemaattinen kirjallisuuskatsaus lasten ja nuorten depression hoidosta ei ollut löytänyt satunnaistettuja kontrolloituja kokeita osastohoidon käytöstä. Käynnissä olevassa satunnaistetussa kontrolloidussa TOuCAN-tutkimuksessa on toistaiseksi löytynyt vain vähän hyötyä osastohoidosta laihuushäiriön hoidossa. Yhteenvedona todettiin, että tutkimusta hallitsevat deskriptiiviset ja vertailuryhmättömät tutkimukset. Haittavaikutuksia on arvioitu vähän. Osastohoidon paremmuus suhteessa avohoitoon nähden jää näin ollen epävarmaksi. Osastohoito itsessään osoitti kuitenkin katsauksessa hyviä klinisiä lopputuloksia. Katsaus soveltuu käytettäväksi sellaisenaan, joskaan sen systemaattisuutta ei voinut artikkelin perusteella arvioida.

Epstein (2004) tutki kirjallisuuskatsauksen keinoin nuorten asuntola- ja osastohoidon vaikutuksia. 60-luvulla tutkittaessa nuoruusikäisiä ryhmäterapia- ja auktoriteettivoittoisessa osastohoidossa jälkimmäisessä ryhmässä oli 15 kuukauden seurannassa vähemmän ehdonalaisrikkomuksia. 70-luvulla oli tehty satunnaistettu tutkimus, jossa nuoria oli ohjattu joko osastohoitoon tai intensiiviseen avohoitoon. Molemmat ryhmät paranivat ja ryhmien välillä ei ollut eroa sosiaalisen tai henkilökohtaisen sopeutumisen välillä. Eräs 1980-luvulla tehty tutkimus vertaili intensiivistä avohoitoa ja osastohoitoa, mutta ryhmien välillä ei oltu voitu tehdä vertailua osastohenkilökunnan erilaisen arvion nuorista vuoksi. 60-luvulla tehty tutkimus vertasi 122 asuntolahoidossa ollutta poikaa 128 verrokkiin, jotka kouluhenkilökunta arvioi häiriintyneiksi, ja 128 normaaliin verrokkiin. Asuntolahoidossa olleilla oli vähemmän ongelmia kuin häiriintyneillä verrokeilla. Eräissä prospektiivisessä tutkimuksessa arvioitiin asuntolahoidon tarpeessa olleita nuoria, jotka satunnaistettiin avohoitoon tai asuntolahoitoon. Asuntolahoidossa olleet joutuivat merkittävästi harvemmin uudelleen pidätetyiksi (54% vs 94%). Eräs tutkimus, jonka populaatiota ei ollut eritelty, vertasi uskonlahkon asuntolahoidossa ja päivähoidossa olleita lapsia 10 vuotta myöhemmin, ja ei havainnut ryhmien välillä eroja. Lisäksi arvioitiin useita vertailuryhmättömiä tutkimuksia. Arvioiduista kirjallisuuskatsauksista useat kiinnittivät huomiota vertailuryhmien ja lopputuloksen arvion puutteeseen, sekä asuntolahoidon tutkimuksen menetelmien heikkouteen. Hoidon lopputuloksen mittaamisesta ei ole yksimielisyyttä ja tutkimustulosten vertailu ja yhdistäminen oli vaikeaa. Lisäksi tutkimusartikkeleissa hoidon sisältö oli usein kuvattu puutteellisesti.

Katsaus ei loppupäätelmien suhteen poikennut yllä arvioitujen katsausten linjasta siten, että näytönaste nuorisopsykiatrisessa asuntolamuotoisessa hoidossa on heikko.

Pfeiffer ja Strzelecki (1990) arvioivat vaikutusvaltaisessa kirjallisuuskatsauksessaan lasten- ja nuorisopsykiatrisia asuntola- ja osastohoidon lopputulosta käsitelleitä tutkimuksia vuosivälillä 1975-1990. Tutkimukset olivat vertaisarvioituja ja käsittelivät normaaliälyisiä lapsia (ikä 3-12) ja nuoria (ikä 12-21). Ei-kokeellisia tutkimuksia ja ei-kvantitatiivisia tuloksia ei voitu sulkea pois, sillä tämä sulki pois huomattavan suuren osan käytettävissä olevasta kirjallisuudesta. Ainoastaan kahdessa tutkimuksessa käytettävissä oli riittävästi lukuarvoja tulosten tilastollisen aggregaation tekemiseksi. Tulosten vertailemiseksi käytettiin tämän vuoksi menetelmää, jossa tutkimuksen havainnot koodattiin arvolla +1, 0 tai -1 riippuen siitä, mikä muuttujan ja hoidon lopputuloksen yhteys tutkimuksessa oli, ja näistä laskettiin tutkimuspotilaiden lukumäärällä painotettu keskiarvo. Tilastollista merkitsevyyttä kokonaisuutena ei arvioitu. Arvioiduissa tutkimuksissa psykiatriset diagnoosit, arviointiväli sekä lopputuloksen arviointimenetelmä vaihtelivat runsaasti. Edellä mainituista rajoituksista huolimatta arvioitiin, että positiivista lopputulosta ennusti voimakkaasti hoidon toteutuminen suunnitellusti (4 tutkimusta), jälkihoito (4 tutkimusta), perheen toimintakyky (9 tutkimusta), sekä kohtuullisesti älykkyys (7 tutkimusta), pidempi osastohoito (7 tutkimusta), ja heikosti ikä suosien osastohoidon toteutumista myöhäisemmällä iällä (12 tutkimusta) ja sukupuoli suosien naisia (6 tutkimusta). Heikompaa lopputulosta ennustivat voimakkaasti orgaaninen keskushermoston häiriö (4 tutkimusta), syrjäytyminen (1 tutkimus), psykoseksuaaliset ongelmat (1 tutkimus), psykoottiset oireet (5 tutkimusta) ja matala energisyyden taso (1 tutkimus), sekä psykoottinen tai aggressiivisen käytöshäiriön diagnoosi (10 tutkimusta). Kaiken kaikkiaan katsauksessa arvioitiin tarvittavan enemmän ja menetelmällisesti parempia tutkimuksia osasto- ja asuntolahoidosta. Osastohoidon sisällön vaikuttavat elementit jäivät epäselviksi. Hoidon onnistumiselle ja potilaan paranemiselle ei ollut yhtenäistä mittaria. Suurimmassa osassa tutkimuksia ei ollut tunnistettavissa olevaa tutkimusasetelmaa. Toisaalta katsauksessa voitiin todeta, että sekä hoito itsessään että jälkihoito tuottivat positiivisia tuloksia kaikissa arvioiduissa tutkimuksissa ja se arvioitiin hyödylliseksi. Yleisesti ottaen parempikuntoiset potilaat vastasivat paremmin osastohoitoon. Katsauksessa käytetyn tilastollisen menetelmän tuottama näytönaste on epäselvä ja merkitys kyseenalainen. Katsaus kuitenkin tuottaa luotettavasti sen tiedon, että useimmat tutkittuna ajankohtana

tehdyt tutkimukset olivat viitteellisiä osastohoidon hyödyllisyyden suhteen, mutta näytönaste jäi heikoksi.

Solomon ja Evans (1992) tutkivat psykiatrisesta sairaalasta 1988-1989 avohoitoon siirtyneitä lapsia ja nuoria (n=62, ikä 6-18 vuotta, keski-ikä 14,7 vuotta). Suurinta osaa ajankohtana hoidetuista potilaista (n=197) ei otettu tutkimukseen mukaan, sillä he siirtyivät ympärivuorokautiseen hoitoon. Tutkitusta kohortista 60%:lla oli tullessa itsetuhoisia ajatuksia, 31%:lla harha-aistimuksia, 30%:lla itsetuhoista käytöstä, 28%:lla hyökkäävää tai tuhoavaa käytöstä, 26%:lla harhoja, 25%:lla itseen tai toisiin kohdistuvaa uhkailua, 24%:lla vaikeaa masennusta, ja 19%:lla itsemurhayritys. 11%:lla oli päihteiden väärinkäyttöä. Diagnoosit osastolta poistuesssa olivat mielialahäiriö 49%:lla, identiteettihäiriö 21%:lla, sopeutumishäiriö 27%:lla, skitsofrenia 18%:lla, rajatasoinen älyllinen toiminta 13%:lla, epätyypillinen psykoosi 10%:lla, ja käytöshäiriö 8%:lla. Keskimääräinen hoitojakso oli 142 päivää. 90%:lla oli aikaisempi osastohoitojakso. 90% sai jälkihoitoa, joka oli yksilöterapiaa, perheterapiaa sekä hoidon koordinoitua. Noin 20% sai lääkitystä. Ainoastaan 16%:lla oli psykiatrinen hoitokontakti. Kaiken kaikkiaan kotiutumisen jälkeen jälkihoitoa oli vähän, noin 1 tunti 15 minuuttia viikossa osastohoidon jälkeen. Hoidon tarvetta ei arvioitu. Tutkimus ei tuottanut tässä katsauksessa sovellettavaa tietoa osastohoidosta.

Gossett ym. (1980) tutkivat 120 nuorisopsykiatrisella osastolla 1968-1972 hoidettua nuorta (ikä 12-19). Keskimääräinen hoitojakso oli 13 kuukautta. Yleisin hoidon syy nimettiin luonteen tai persoonallisuuden häiriöksi. Yleisimmät oireet olivat koulunkäyntivaikeudet, päihteidenkäyttö, seksuaalinen oireilu, karkailu, rikokset, ja edellisiin hoitoyrityksiin vastaamattomuus. Noin 25%:lla oli psykoottisia oireita. Hoitopaikassa oli parihuoneet, päivittäistä koulunkäyntiä, yksilö-, ryhmä-, ja perheterapiaa sekä päivittäinen tapaaminen psykiatrin kanssa. Myös lääkitys oli hoitovaihtoehtojen joukossa. Tutkittavia arvioitiin uudelleen haastattelutapaamisella tai puhelimitse keskimäärin viiden vuoden kuluttua, jossa arvioitiin heidän sosiaalista selviytymistään ja ikätoverisuhteita, suhdetta vanhempiin sekä ammatillista pärjäämistä. Edellä mainituista arvioitiin toimintakyvyn rajoitteita, ja kaikista laskettiin yhteinen globaali toimintakyky. Nuorista tai heidän vanhemmistaan 6 kieltäytyi haastattelusta ja 9:n olinpaikkaa ei saatu selville, jossa ryhmässä psykoottiset häiriöt olivat muuta otosta yleisempiä. 3 oli kuollut. Jäljelle jäävistä 102:sta 27% arvioitiin toimintakyvyltään terveen tasoiseksi, 44%:lla toimintakyvyssä arvioitiin olevan kohtuullisia rajoituksia, ja 31%:lla arvioitiin olevan merkittäviä rajoituksia. Toimintakykyarviosta lähtötasolla ei ollut tietoa. Nuorten työllistyminen oli heikompaa kuin väestössä. Rikollisuuden arvioitiin

merkittävästi vähentyneen, mutta numeerista tietoa ei ollut. Noin yksi neljästä oli tarvinnut lyhyttä osastohoitoa, yleisimmin kriisitilanteesta. Neljäsosalla oli keskivaiketta tai vaikeaa masennusta ja psykoottisia oireita 15:lla. Noin puolella arvioitiin olleen osastojakson tienoilla haitallista päihteidenkäyttöä, ja seurannassa sitä oli 15%:lla, minkä arvioitiin olevan paranemista mutta silti yli normaaliväestön tason. Kaiken kaikkiaan toimintakyvyn arvioitiin parantuneen kohtuullisesti tai paljon ensimmäisen 3-8 vuoden aikana osastohoidon jälkeen. Tulos on viitteellinen sille, että osastohoito saattaa tuottaa pitkäaikaisia hyötyjä. Tutkimuksen sovellettavuus on kyseenalainen ajallisen ja maantieteellisen eron osastohoitoon vuoksi.

Marttunen ym. (2004) tutkivat vuonna kirjallisuuskatsauksen keinoin, hyötykö käytöshäiriöinen nuori osastohoidosta. Kontrolloituja tutkimuksia todettiin olevan niukasti. Eräässä satunnaistetussa tutkimuksessa vuonna 2001 osastohoito ja intensiivinen kotihoito todettiin yhtä vaikuttaviksi 4 vuoden seurannassa. Tuloksessa ei ollut eritelty hoidon sisältöä, ja sen sovellettavuus oli siksi kyseenalainen. Eräässä vertailututkimuksessa MST:n ja osastohoidon välillä MST paransi enemmän ulkoistavia käytösoireita sekä koulunkäyntiä ja perhesuhteita kuin osastohoito, mutta erot vähenivät vuoden seurannassa. Moyesin 1985 toteuttamassa vertailututkimuksessa verrattiin käyttäytymisterapeuttisesti orientoitunutta osastohoitoa saaneita nuoria nuoriin, jotka oli kutsuttu mutta ei otettu osastolle. Osastohoitoa saaneet hallitsivat aggressiivista käytöstään paremmin, ja vertailuryhmästä huomattava osa oli sijoitettu laitoksiin. Vertailunurien saamaa hoitoa ei ollut kuvattu. Eräässä seurantalututkimuksessa nuorisopsykiatrisen osastohoidon keskeyttäneiden käytöshäiriöisten nuorten selviytyminen oli huonompaa hoidon päättyessä, mutta ei yhden ja kahden vuoden kohdalla. Eräässä tutkimuksessa tiiviisti kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan laitoshoidon aikana osallistuneet nuoret joutuivat harvemmin pidätetyiksi kahden ja puolen vuoden seuranta-aikana kuin satunnaisemmin osallistuneet nuoret. Nuorisorikollisten joukossa avohoidon hoito-ohjelmat ovat ehkäisseet rikoksenuusimista laitoshoidon paremmin. Kaiken kaikkiaan tutkimuksista ei voitu tehdä yksiselitteisiä päätelmiä osastohoidon vaikuttavuuden suhteen. Kirjoittajat totesivat, että vertailututkimuksia tarvitaan, ja laativat suosituksen nuorisopsykiatrisen osastohoidon käytöstä käytöshäiriöissä.

Winsberg ym. (1980) tutkivat vertailututkimuksen keinoin käyttäytymisen häiriöiden koti- ja osastohoitoa 13-vuotiailla lapsilla. Tutkittavia oli 49. Tutkittavat aloittivat 1-3 viikon osastojaksolla, jonka jälkeen heidät satunnaistettiin avo- tai osastohoitoon. Avohoidossa hoitoon osallistuivat psykiatri, psykiatrinen

sairaanhoitaja sekä sosiaalityöntekijät. Hoidon kesto oli kuusi kuukautta. Sairaalahoidossa potilaat olivat 12 lapsen 3-4 vuoteen osastopaikalla, jossa hoitokeinoina olivat lääkehoito, psykoterapia, ympäristöhoito ja perheterapia. Avohoitoon satunnaistettu ryhmä parani opettajien toteuttamilla käytösoireita mittaavilla BRS-, DESB-, ja DCB-asteikoilla kaikkien käytösoireiden suhteen, kun taas sairaalaryhmä parani merkitsevästi vain tarkkaavaisuuden suhteen. Tutkimuksessa huomattiin myös merkittävä ero sairaalan koulujen arvioiden ja avohoidon koulujen arvioiden suhteen nuorten lähtötilanteesta. Sairaalahoidossa potilaita arvioineet olivat arvioineet käytösoireet vähäisiksi jo lähtötilanteessa. Ryhmien paranemista ei tämän vuoksi voitu verrata. Lisäksi koulumenestystä arvioitiin monella asteikolla. Molemmat ryhmät paranivat koulumenestyksen suhteen, missä ei ollut merkitsevää eroa. Molemmissa ryhmissä vanhemmat olivat enimmäkseen tyytyväisiä hoitoon. Tulokseen arvioitiin vaikuttaneen arvioinnin erot ja toisaalta käytösoireiden erilainen esiintyminen sairaalaympäristössä ja avohoidossa, mutta tuloksen katsottiin puoltavan avohoidon mahdollisuutta. Tutkimuksen virhelähteen sekä ajallisen eron vuoksi tutkimus ei sovellu psykiatrisen osastohoidon hyödyllisyyden arviointiin, vaikka se asetelmansa puolesta olisi tarkoitukseen soveltuva.

Erkolahti ja Lahtinen (2003) tutkivat vuonna 1998 Satakunnan keskussairaalassa 1982-1985 hoidossa olleiden lasten- (ikä alle 13 vuotta, n=20) ja nuorisopsykiatristen (ikä 13-16 vuotta, n=23) osastopotilaiden selviytymistä aikuisiässä. Tutkimuksessa osastohoito ei tyypillisesti ollut lasten ja nuorten ensimmäinen psyykkisen oireilun hoitomuoto. Suurimmat yksittäiset lähettämisen syyt olivat käytöksen häiriöt jotka olivat syy 12 potilaalla, ja pelot, 6 potilaalla. Potilaista 57% määriteltiin selviytyjiksi, joilla ei ollut myöhempää rikosrekisteriä eikä aikuispsykiatrisia osastohoitojaksoja, ja jotka eivät olleet työkyvyttömyyseläkkeellä. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli 21% potilaista, ja kaikki paitsi kaksi tässä ryhmässä olivat työkyvyttömyyseläkkeellä psykoottisen häiriön tai älyllisen kehitysvammaisuuden vuoksi. Rikosrekisteri oli 19%:lla ja psykiatrinen sairaalahoidonjakso aikuispsykiatrialla 26%:lla potilaista. Kirjoittajat vertasivat tuloksia vastaaviin suomalaisiin aineistoihin, joihin verraten luvut olivat pienet. Selviytyjien ryhmän diagnoosi oli useammin ICD-8:n mukainen neuroottinen häiriö tai depressiivinen reaktio, minkä arvioitiin selittävän potilaiden myöhempää toimintakykyä, joskin tulosta ei ollut analysoitu kvantitatiivisesti. Tutkimus osoitti, että huomattava osa lasten- ja nuorisopsykiatrista osastohoitoa saaneista selvisi ilman myöhempää osastohoitoa, rikollisuutta tai työkyvyttömyyseläkettä.

Blanz ja Schmidt (2000) laativat kirjallisuuskatsauksen lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastohoidon historiasta ja tuloksellisuudesta. Historiallisessa katsauksessa todettiin 1980-1990-luvulla poliittisen paineen ja säästöjen vähentäneen osastohoitojen kestoa ja ohjanneen hoitoa keskittymään enemmän kriisi- ja akuuttihoitoon, osastojaksojen määrän samalla kasvaessa Yhdysvalloissa. Sairaalahoidon roolin muuttuessa sitä verrattiin ei-psykiatrisen sairaalahoidon teho-osastohoitoon, jota tulee tarjota silloin, kun muut hoitomuodot eivät ole riittäviä, mutta mahdollisimman vähäisessä määrin. Psykiatrisen osastohoidon arvioitiin eräässä tutkimuksessa tuottavan suurimman osan mielenterveystyön kustannuksista, ja lisäksi nuorisopsykiatrisen osastohoito on tyypillisesti ollut pidempiaikaista ja siitä syystä kalliimpaa. Psykiatrasta osastohoitoa puoltavia kriteereitä olivat kahden lähteen mukaan tarve diagnostiselle työlle jota ei voi toteuttaa avohoidossa, vaikea psykiatrisen häiriö, joka vaatii moniammatillista yhteistyötä, fyysisen terveyden haitta, joka vaatii lääketieteellistä hoitoa, sekä kotiympäristöön liittyvät ongelmat. Sairaalahoitoa vastaan puhuvia tekijöitä olivat perhesysteemin häiriytyminen, kustannukset, koulunkäynnin häiriintyminen, leimautuminen, vanhempien mahdollisesti kokema syyllisyys, sekä kiintyminen instituutioon hoidon aikana. Erään suosituksen mukaan voitaisiin soveltaa myös C-GAS-rajaa 50 osastohoidon indikaationa ja arvoa välillä 50 - 70 avohoidon indikaationa, mutta tällaisen numeerisen arvioinnin todettiin olevan harvoin käytössä. Toisaalta sairaalahoidon tarve hoitomuotona on erilainen eri hoitojärjestelmissä. Ennen 1990-lukua tehdyissä tutkimuksissa psykiatrisen osastohoidon tehokkuudesta oli usein ongelmina heikko tutkimusasetelma, tutkimukselle idiosynkraattinen hoitovasteen määritelmä, jonka luotettavuutta ei ollut arvioitu, sekä tutkimuksessa käytettyjen hoitomenetelmien ja tutkimuspopulaation puutteellinen kuvaaminen. Arvioidut katsausartikkelit totesivat osastohoidon olleen usein hyödyllistä. Viimeisimmän edellä mainituista jälkeen oli julkaistu vain vähän kirjallisuuskatsauksia aiheesta. Eräässä retrospektiivisessä 113 nuoren tutkimuksessa psykiatri oli arvioinut nuorten "parantuneen" tai ei 3-4 viikon osastojaksolta poistuttaessa, jolloin nuorista oli parantunut 49, ja ei-parantumista ennustivat aikaisemmat sairaalahoidot, päihteiden käyttö, ja perheen hoitoon osallistumattomuus. 276 nuoren tutkimuksessa Iso-Britanniassa tyypillisiä hoidon tavoitteita olivat merkityksellisten ihmissuhteiden paraneminen, nuoruusiän kehityksen edistäminen, ja harvemmin intrapsyykkisen toimintakyvyn paraneminen taikka oireiden vähentäminen. Suurimmalla osalla nuorista hoidon lopputulos arvioitiin onnistuneeksi, erityisesti kun hoidon tavoitteena oli oireiden vähentäminen, kun taas iänmukaisen kehityksen edistäminen tavoitteena liittyi



heikommiksi arvioituihin lopputuloksiin. Lisäksi tulokset olivat heikompia erityisesti käytöshäiriön vuoksi hoidossa olevilla. Tutkijat kiinnittivät huomiota ristiriitaan osastohoidon suuren merkityksen hoitojärjestelmän kannalta ja siihen kohdistuvien poliittisten paineiden, ja osastohoidon vaikutuksista olevan vähäisen tiedon ristiriitaan. Tutkimuksia tulkitessa tulee huomata niiden menetelmällinen heikkous, ja kontrolloitujen kokeiden puute. Hoidon lopputuloksen arvioimisesta ei ole yksimielisyyttä, minkä vuoksi tutkimustuloksia yhdistettäessä kussakin tutkimuksessa hoidon lopputulosta ennustavien tekijöiden yhteen sovittaminen vaatii myös lopputuloksen käsittelyä moniulotteisena. Tutkijoiden mielestä huolestuttavinta oli näytön puute osastohoidon keston ja paremman lopputuloksen yhteydestä. Kaiken kaikkiaan kaikissa seurantatutkimuksissa seuratun lasten- tai nuorisopsykiatrisen potilasjoukon kehitys oli kuitenkin positiivista, joten äärimmäiselle pessimismille osastohoidon suhteen ei ollut aihetta. Katsaus on viimeaikainen ja samassa linjassa muiden arvioitujen katsausten kanssa edellä mainittujen metodologisten huolten suhteen. Sen sovellettavuus on hyvä.

### **3.2 ASUNTOLAHOITO**

Aarons ym. (2010) tutkivat 500 vähintään 36 kuukautta kodin ulkopuolella hoidettua lasta ja nuorta seuranta-asetelmassa 8kk ja 36 kk kohdalla polkuanalyysillä selvittääkseen, edeltävätkö CBCL-asteikolla arvioidut eksternalisoivat ja internalisoivat käytösongelmat lapsen tai nuoren sijoituksen epävakautta, vai edeltääkö sijoituksen epävakaus lapsen ja nuoren käytösongelmia. 26,2% yli 11-vuotiaista nuorista vaihtoi sijoituspaikkaa ennen 18 kuukautta ja 36,7% 18-36kk välillä. 11 vuotta vanhempien nuorten joukossa käytösongelmat edelsivät sijoituksen muutosta, mutta sijoituksen muutos ei edeltänyt käytösongelmia. Sijoituksen muutos 18-36kk välillä ennusti käytösongelmia keskilapsuuden ikäryhmässä, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä 11 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Tulos on merkittävä sikäli, että käytösongelmien provosoituminen on mahdollinen haittavaikutus nuoren asuinpaikan muuttuessa. Toisaalta käytösongelmien voidaan ajatella olevan asuinpaikan muutoksen syynä. Tässä tutkimuksessa asuinpaikan muutos ei ennustanut käytösongelmien ilmaantumista nuoruusikäisillä, ja eksternalisoivat käytösongelmat ennustivat asuinpaikan muutosta. Tulos on viitteellinen sille, että tämä haittavaikutus ei ole merkittävä.

Godley ym. (2008) tutkivat ensi kertaa avohoitoon osallistuvan 176 päihdeongelmaisen nuoren, joiden ikä oli yli 12, selviytymistä ja eri hoitomuotojen tarvetta jatkumossa, jossa nuorille oli tarjolla avohoitoa, intensiivistä avohoitoa, ja asuntolahoitoa. Avohoitoa tarjottiin noin kerran viikossa. Avohoidon pohjana oli ryhmä- ja yksilömuotoinen kognitiivinen terapia, perheterapia ja huume-testaus. Intensiivisessä avohoidossa nuoren oli osallistuttava hoitoon 3 kertaa viikossa. Asuntolamuotoinen hoito toteutettiin ympärivuorokautisella lukitsemattomalla osastolla, jolla hoitojakso oli 30-90 päivää. Lisäksi erityisen vaikeaongelmaisille miespuolisille nuorille oli tarjolla enintään 180 päivän hoitojakso heille tarkoitettussa yksikössä. Nuorista 28% sai asuntolahoitoa vuoden aikana. Nuorten päihteidenkäytön kehitys seuranta-aikana jaettiin neljään ryhmään käytön määrän, kehityksen ja valvotussa ympäristössä vietetyn ajan mukaan. Avohoitoon osallistuvista nuorista merkittävästi suurempi osa oli vähäisen päihteiden käytön ryhmässä. Toisaalta 41% nuorista, joiden kohdalla käytettiin monia hoitomuotoja, kuului vähäisen päihteiden käytön ryhmään. Tuloksen saattoi selittää intensiivisten hoitomuotojen päihteidenkäyttöä vähentävä vaikutus. Oli kuitenkin epäselvää, miksi kukin hoitomuoto valittiin kullekin nuorelle. Tuloksen sovellettavuus on rajallinen maantieteellisten ja hoitokäytäntöjen erojen vuoksi. Tulos puoltaa sitä, että avohoitoon siirtyvät nuoret saattavat hyötyä intensiivisemmän hoitomuodon tarjoamisesta uudelleen. Tulos osoittaa myös, että intensiivisten hoitosegmenttien yleisyys jatkohoidossa on otettava huomioon avohoidon tehoa arvioitaessa.

Handwerk ym. (2006) tutkivat kohorttitutkimuksessa sukupuolieroja ja hyötymistä asuntolahoidosta 2067 keskimäärin 15-vuotiaan nuoren joukossa. Hoitopaikkana oli yhteisasumisjärjestely, jossa kuudesta kahdeksaan samansukupuolista nuorta on koulutetun pariskunnan ohjattavana. Nuorten psykiatrissa oireilua arvioitiin tullessa sekä 12 kuukauden kuluessa psykiatrisia diagnooseja arvioivalla DISC-haastattelulla tai Voice-DISC-itsearviointihaastattelulla, itsemurhariskiä tullessa SPS-asteikolla, sekä tapahtumia asuntolahoidon aikana kirjattiin DIR-koodeilla. Nuoren poistuessa hoidosta arvioitiin nuoren käytöstä, hoidon tavoitteiden saavuttamista, hoidosta poistumisen suotuisuutta ja nuoren tulevaisuuden mahdollisuuksia 7 pisteen Departure Scalella, sekä 3 tai 6 kuukauden kuluttua hoidosta poistumisesta haastattelussa Follow-Up Functioning-asteikolla, jossa kysyttiin koulunkäyntiä, pidätyksiä, työtilannetta, kokemusta hoidon tehokkuudesta, ikätoverisuhteita ja sen hetkisen asumisjärjestelyn rajoittavuutta. Ennen hoitoon tuloa oli lisäksi täytetty 78%:lla nuorista käytösoireita mittaava CBCL-asteikko, tyypillisimmin vanhemman toimesta. Keskimääräinen aika asuntolahoidossa oli 18,8 kuukautta tytöillä ja

16,9 kuukautta pojilla, mikä ero oli tilastollisesti merkitsevä. Otoksessa tytöillä oli merkittävästi enemmän internalisoivia häiriöitä kuin pojilla, ja yhtä paljon eksternalisoivia häiriöitä. Sukupuolten välillä ei ollut eroa DIR-koodatuissa eksternalisoivissa tapahtumissa, jotka vähenivät ensimmäisen 6 kuukauden aikana. Internalisoivat tapahtumat vähenivät merkittävästi enemmän tytöillä kuin pojilla. DISC-diagnoosien määrä oli hoidon alussa tytöillä keskimäärin 2,24 ja pojilla 1,48. Tytöillä oli enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta. Tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöissä ja päihteiden käytössä ei ollut eroa. DISC-diagnoosien määrä oli hoidosta poistuttaessa keskimäärin 0,42 ja sukupuolten välillä ei ollut merkittävää eroa. Häiriöiden arvioitiin vähentyneen hoitamattoman väestön tasolle. Tyttöjen arvioitiin hyötynneen hoidosta enemmän kuin poikien, ja toisaalta tytöillä olleen enemmän internalisoivia häiriöitä hoidon alussa. Tutkimus ei ollut vertailututkimus, joten asuntolahoidon tehokkuutta hoitomuotojen joukossa ei voi arvioida, mutta nuorten oireilu väheni tutkimuksessa asuntolahoidossa.

Moretti ym. (1997) tutkivat käytöshäiriöiden hoitoa Kanadassa kirjallisuuskatsauksella yhteistyössä eri alueiden psykiatrien kanssa. Katsauksessa arvioitiin sijaishoidon vähentävän rikollisuutta ja ongelmakäyttäytymistä. Brittiläisessä Kolumbiassa oli käytössä 4 viikon osastohoitojaksolla alkava käytöshäiriöiden hoito-ohjelma. Osastojakson aikana kerättiin moniammatillisesti informaatiota, josta keskusteltiin nuorta hoitavien tahojen, joita olivat vanhemmat, muut huoltajat, koulu ja sosiaalityöntekijät, 3 viikon tutkimuksen jälkeen. Lisäksi nuorelle järjestettiin seuranta-ohjelma, johon kuuluivat 2 viikon osastojaksot tarpeen mukaan, mikä koettiin tärkeäksi nuoren sijoituspaikan säilymisen kannalta. Ohjelma vähensi seurannassa käytöshäiriön, uhmakkuushäiriön, tarkkaavaisuushäiriön ja tunne-elämän ongelmia 18 kuukauden ajan. Quebecissä käytöshäiriöiden hoitoon käytettiin päiväsaaraaohjelmaa, jonka tehokkuus sisään- ja ulospäinkääntyneiden käytösoireiden vähentämisessä ja tunneoireiden vähentämisessä sekä koulumenestyksen parantamisessa oli näytetty 30 6-12-vuotiaan vertailuasetelmalla, ja joka oli näytetty kustannusvaikuttavammaksi kuin asuntolahoito, keskimääräisten kustannusten ollessa alle kuudesosa asuntolahoidosta lasta kohden (Grizenko 1993). Kanadalaisen mielipiteen ja katsauksen mukaan osastohoito oli hyödyllinen tiedonkeruun vuoksi käytöshäiriöiden ryhmässä, ja mainitussa aineistossa päiväosastohoito oli kustannustehokkaampaa. Kyseessä ei ollut systemaattinen katsaus, ja tieto oli osin kokemuspäistä.

Reddy ja Pfeiffer (1997) tutkivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin terapeuttisen sijoitushoidon tehokkuutta lapsilla ja nuorilla. Hoito tarkoitti yksilöhoitoa hoitovanhempien luona, joilla

ei ollut sukulaisuussuhdetta potilaaseen, ja joita terveydenhuollon ammattilaiset tukivat. 40 tutkimuksesta 20%:ssa oli vertailuryhmä. Päätemuuttujien heterogeenisyyden vuoksi käytettiin Pfeiffer ja Strzeleckin (1990) mukaista painotettujen keskiarvojen analyysia tähän menetelmiin liittyvine heikkouksineen. Tutkimuksissa havaittiin positiivinen vaikutus sijoituksen pysyvyyteen, keski-suuri vaikutus käytösongelmiin, keski-suuri vaikutus seuraavan sijoituspaikan rajoitusten tarpeeseen, suuri positiivinen vaikutus sosiaalisiin taitoihin, ja keski-suuri vaikutus psykologiseen tasapainoon. Tutkimusten laadussa oli suuri vaihtelu ja heterogeeninen päätemuuttujajoukko. Kirjallisuudessa ei ollut konsensusta siitä, mikä on onnistunut hoitotulos. Tulokset tukivat sijoitushoitoa, mutta tutkimuksen heikon laadun vuoksi ei ollut mahdollista tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Tutkimus on asetelmaltaan soveltuva intervention arvioimiseen ja puoltaa näkemystä, jonka mukaan tulokset osasto- ja sijoitushoidosta ovat positiivisia, mutta näytönaste on heikko.

Mann-Feder (1996) tutki 28 käytöshäiriöisen nuoren, joiden ikä oli välillä 14-18, oireiden muutosta kahdessa eri tyyppisessä asuntolahoidossa. Ensimmäinen malli oli psykiatrisen sairaalan yhteydessä sijaitseva terapeuttisen yhteisön malli, jossa korostettiin itsesääätelyä, ikätoverien kohtaamista, ja itseymmärrystä. Toinen oli token economy-malli, joka toteutui psykiatrisen sairaalahoidon ulkopuolisessa asuntolassa, ja korosti palkkioita hyvästä käytöksestä. Hoidon tulosta arvioitiin WAIS-R-asteikolla, Jesness:n 155 kysymyksen persoonallisuustestillä, joka ennustaa käytös- ja tunneongelmia nuorilla (Jesness 1972), projektiivisella kirjoitustestillä, koettua sisäistä ja ulkoista kontrollia mittaavalla Internal Locus of Control Scalella, itsetuntoa arvioivalla Tennessee self concept scalella, sekä Devereux Adolescent Behavior Rating Scalella, jossa työntekijät arvioivat 15 käytösoiretta. Asteikoista esitettiin luotettavat testaus-uudelleentestausluvut. Tutkimukset tehtiin hoitoon tullessa, 3 kuukauden ja 6 kuukauden kuluttua. Ensimmäisessä ryhmässä oli tutkimuksen alussa enemmän aikaisempia kodin ulkopuolisia sijoituksia ja enemmän psyykenlääkkeiden aikaisempaa käyttöä. Lisäksi ensimmäisen ryhmän WAIS-R mukaisen älykkyydosamäärän arvo oli alkuun korkeampi, dominoiva käyttäytyminen ja arvaamattomuus vähäisempää, seksuaalisen suuntautumisen poikkeavuus samoin vähäisempää, sekä itsetyytyväisyys huonompi. Molemmissa ryhmissä tapahtui merkittävää paranemista itsetyytyväisyydessä, sosiaalisessa asenteessa, egosentrisyydessä, poikkeavissa arvoissa, ulkopuolisuuden kokemuksessa, aggression vaikeudessa, ja taipumuksessa rikolliseen käyttäytymiseen Jesness:n asteikolla. Kliininen oireilu kokonaisuutena arvioiden väheni hoitojakson aikana. Ryhmien ero

alkutilanteessa saattoi perustua lähettävien tahojen arvioon lääketieteellisen vs. ei-lääketieteellisen hoidon tarpeesta. Ryhmien ja ajan interaktiossa ainoat erot olivat itsetunnon paranemisessa ja defensiivisyydessä. Ryhmien kehitystahti ei myöskään poikennut. Devereux'n asteikolla käytösoireet eivät parantuneet ajan mittaan. Kaiken kaikkiaan molemmissa ryhmissä tapahtui sekä paranemista että heikkenemistä Devereux'n asteikolla, jotka tasapainottivat toisensa. Syynä saattoi olla negatiivinen vaste intensiiviseen hoitoon, sekä käytöksen tarttuminen ryhmässä, tai hitaampi muutos käytöksessä kuin psykologiassa osana käytöshäiriön luonnetta. Tutkimuksessa psykiatrinen hoitoympäristö ei ollut parempi käytöshäiriön hoidossa. Tutkimus lisäksi kiinnitti huomiota siihen, että paraneminen käytöshäiriössä ei ole selkeästi määritelty. Tutkimusasetelma ei anna mahdollisuutta hoidon hyötyjen ja haittojen arviointiin, sillä hoitamaton vertailuryhmä ei ollut, mutta tuloksessa saattoi näkyä osastoympäristön mahdollinen haittavaikutus siten, että käytösoireet eivät parantuneet suoraviivaisesti ajan funktiona kummassakaan ryhmässä.

Meadowcroft ym. (1994) tutkivat treatment foster care-hoitoa asuntolahoidon vaihtoehtona kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kyseessä on sijaishuollon muoto, jossa lapset, nuoret ja vanhemmat asuvat sijaishuollossa tarkoitukseen koulutettujen sijaisvanhempien luona asuntolahoidon sijaan. Hoidollisesta sijaishoidosta oli tehty seitsemän vertailututkimusta, joista yksi oli kontrolloitu koe. Vertailututkimuksissa se oli tehokas vaihtoehto psykiatriselle sairaalahoidolle ja asuntolahoidolle. Hoitomuotoa saaneet nuoret elivät todennäköisemmin vanhempiensa kanssa, adoptiovanhempien kanssa tai yksin 7 kuukauden kuluttua. Hoito oli myös edullisempaa. Hoidon vaikutusta muovaa suurempi ohjaavan aikuisen kanssa vietetty aika, sekä vähäisempi häiriintyneiden ikätoverien kanssa vietetty aika. Tuloksia ei ollut yksilöity diagnoosiryhmittäin. Vaikuttavia komponentteja hoidossa ei tiedetty, ja tulosten yleistettävyyttä oli epäselvää hoidollisen sijaishuollon suurten menetelmäerojen vuoksi. Artikkelin sovellettavuus on kyseenalainen, sillä hoidon indikaatioita, hoidon toteuttamisen keinoja, ja nuorten kokemia hyötyjä edellä mainituissa tutkimuksissa ei ollut eritelty artikkelissa. Artikkelin oli kuitenkin viitteellinen sijaishoidon hyödyllisyyden suhteen.

Abraham ym. (1994) tutkivat 50 13-17 vuotiaan nuoren saaman asuntolahoidon vaikutusta persoonallisuuteen Rorschachin musteläiskätestillä Exnerin menetelmällä. Tutkittavat tutkittiin hoidon alussa ja 2 vuoden asuntolahoidon kuluttua. Tutkittavista 21:llä oli mielialahäiriö, 16:lla psykoottinen häiriö ja yhdellä käytöshäiriö. Tutkittavien stressinsietokyky oli kasvanut, ambitendenssi vähentynyt,

affektinsäätelykyky parantunut, sosiaalinen kiinnostus lisääntynyt ja minäkuva tullut realistisemmaksi. Kaiken kaikkiaan nuorten toimintakyvyn arvioitiin parantuneen. Tutkimus osoitti, että Rorschach-muuttajat muuttuivat kahden vuoden aikana asuntolahoidossa olevilla nuorilla. Tuloksen kliininen merkitys on vaikea tulkita käytetyn menetelmän vuoksi, ja ilman vertailuryhmää se ei myöskään anna tietoa siitä, mikä kehitys olisi ollut ilman asuntolahoitoa.

Pillay ym. (1989) tutkivat sekundaarista ei-elimellistä kastelua käytöshäiriön vuoksi 16 laitoshoidossa olevan 12-17-vuotiaan nuoren ja 16 verrokin joukossa Etelä-Afrikassa. Kastelu oli merkittävästi yleisempää ensimmäisessä ryhmässä, jossa sitä oli enemmistöllä nuorista (62,5% vs. 12,5%) ja se oli alkanut ensimmäisen 6 kuukauden kuluessa nuoren asuinpaikan muutoksesta. Tuloksen tulkittiin puoltavan osastohoidon luonnetta traumaattisena kokemuksena. Pienestä otoskoosta ja väestöerosta johtuen tuloksesta ei voi vetää johtopäätöksiä sekundaarisen kastelun esiintymisen suhteen.

Hibbard ym. (1992) tutkivat, onko pahoinpidellyillä tai heitteillejätetyillä 12-18 vuotiailla nuorilla ikätovereitaan enemmän mielenterveysongelmia ryhmämuotoisessa laitoshoidossa. Tutkittavia oli 82, joiden keski-ikä oli 14,5 vuotta. Laitoshoitoon tulon syitä olivat kyvyttömyys pärjätä muissa kodeissa, köyhyys, rikollinen käytös, tunne-elämän ongelmat, karkailu, pahoinpitely ja heitteillejätto. Sosiaalityöntekijä arvioi nuorten pahoinpitelyn tai heitteillejätön kohteeksi joutumisen tullessa, jonka jälkeen nuoret täyttivät masennuksen seulomiseksi BDI-asteikon ja itsetuntoa arvioivan Janis-Field Feelings of Inadequacy-asteikon. Tutkimukset toistettiin 6-8 kuukauden kuluttua. 39%:lla nuorista oli kaltoinkohtelutausta. Fyysinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu vaikuttivat merkitsevästi tai lähes merkitsevästi itsetuntoon. 68%:lla nuorista itsetunto oli parantunut merkitsevästi 6 kuukauden kuluttua. Kaltoinkohdeltu ryhmä vaikutti kärsivän enemmän depressiivisistä oireista, mutta tulos ei ollut merkitsevä. Depressio-oireet vähenivät hoidon aikana siten, että alussa 36% nuorista sai mielialaltaan normaalit pisteet ja 30%:lla oli keskivaikea tai vaikea depressio. 6-8 kuukauden kuluttua 51%:lla oli normaali mieliala ja 18%:lla keskivaikea tai vaikea depressio. BDI-pisteet paranivat 60%:lla, mikä tulos oli merkittävä. Aikaisempi heitteillejätto korreloi heikompaan paranemiseen. Itsetunnon paraneminen korreloi depressio-oireiden vähenemiseen. Tulokset osoittivat, että laitoshoido saattaa parantaa itsetuntoa ja vähentää depressio-oireita, mutta eivät vahvistaneet hypoteesia, että kaltoinkohdelluilla nuorilla olisi laitoshoidossa enemmän depressiota tai heikompi itsetunto. Lisäksi vaikeammin oireilevat hyötyivät eniten. Kirjoittajat totesivat, että sijaishuolto saattaa olla hyödyllinen hoitovaihtoehto joillekin

nuorille. Paranemisen syytä ei voi päätellä tämän tutkimuksen perusteella ilman vertailuryhmää, sillä vaihtoehtoinen selitys tulokselle on depression spontaani lievittyminen. Tulos on kuitenkin viitteellinen sille, että nuoren mielenterveys voi kehittyä positiivisesti laitoshoidossa.

Lampen ja Neill (1985) tutkivat kvalitatiivisella retrospektiivisellä kohorttitutkimuksella nuorten poikien (ikä tullessa 10-13, lähtiessä 16, n=60) kokemuksia sisäoppilaitoksesta, jonne nuoria oli ohjattu käyttäytymisen häiriöiden sekä oppimisvaikeuksien vuoksi. Hoitomenetelminä olivat yksilökeskustelut, ryhmäkeskustelut, sekä koulutus. Nuoria haastateltiin kymmenen vuoden kuluttua. Haastattelussa arvioitiin ihmissuhteita, työhistoriaa, rikollisuutta, päihteidenkäyttöä ja psykiatrasta sairastavuutta. Haastateltavista kahdella kolmasosalla ei ollut haastatteluhetkellä ongelmia, ja 40%:lla ei ollut ollut vaikeuksia sitten koulusta vapautumisen. Jäljelle jääneiden nuorien psyykkisen oireilun arveltiin vähenneen.

Curry (1991) tutki kirjallisuuskatsauksen keinoin lasten ja nuorten asuntolahoidon vaikuttavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa kahdessa vertailuryhmättömässä tutkimuksessa oli havaittu nuorisopsykiatrisen osastohoidon jälkeen lopputuloksen olleen suurimmalle osalle hyvä psykiatristen oireiden lievittymisen ja sosiaalisen toimintakyvyn paranemisen suhteen, mutta myöskin noin 30% selvisi huonosti edellä mainituissa suhteissa hoidon jälkeen. Hoitotulosta muokkaaviksi tekijöiksi olivat toistuvasti osoittautuneet vähemmän vaikea psykopatologia, oireiden reaktiivinen alkuperä, ja korkeampi älykkyys. Tuloksia ei ollut eroteltu diagnostisten ryhmien suhteen. Asuntolahoidon vertailuryhmättömät tutkimukset oli tehty lapsilla, joiden iäkiä ei ollut eritelty katsausartikkelissa. Niissä suurin osa lapsista parani kliinisesti asuntolahoidon aikana, mutta todettiin myös, että paraneminen asuntolahoidon aikana ei ennustanut paranemista asuntolahoidon jälkeen. Tutkimusten laatu oli puutteellinen ja asuntolahoidon sisällössä eroja. Vertailututkimuksissa verrattaessa hoidettua ryhmää ei-hoidettuun ryhmään eräässä tutkimuksessa oli verrattu 8 kuukautta asuntolahoitoa saaneita opettajien häiriintyneiksi arvioimia nuoria, vertailukelpoista häiriintyneiden nuorien ryhmää jotka eivät saaneet asuntolahoitoa, ja ei-häiriintyneiksi arvioitua nuorten ryhmää. Lähtötilanteessa nuorista 90%:lla arvioitiin olevan vaikeita ongelmia. Seurannassa kuuden ja 18 kuukauden kohdalla opettajat arvioivat asuntolahoitoa saaneista noin 44 ja 51%:lla olevan vaikeita ongelmia, ja hoitoa saamattomista 65%:lla ja 67%:lla. Hoitoryhmiä vertailteissa tutkimuksissa oli eräässä tutkimuksessa havaittu 3 kuukauden asuntolahoidossa auktoriteettipohjaiseen ohjelmaan osallistuneiden ehdonalaissä vankeudessa

olevien nuorien myöhempien rikosten määrän olleen vähäisempi kuin ryhmäterapiaa saaneissa ryhmässä. California Community Treatment-projektissa oli satunnaistettu nuorisorikollisia, joiden arvioitiin tarvitsevan asuntolahoitoa, asuntolahoitoon tai avohoitoon. Asuntolahoito oli intensiivistä ja sisälsi yksilö- ja ryhmäterapiaa sekä opiskelua. Asuntolahoitoa saaneista 58% ja muista 94% joutui pidätetyksi 18 kuukauden seuranta-aikana. Kaiken kaikkiaan katsauksessa toivottiin enemmän vertailuryhmätutkimusta, sekä tarkempaa hoidon määrittelyä ja sen vaikuttavan komponentin sekä jatkohoidon selvitystä. Katsaus perustui suurelta osin vanhoihin tutkimuksiin, mutta se puoltaa asuntolahoidon merkitystä erityisesti rikollisuuteen taipuvien nuorten osalta.

Byrnes ym. (1999) tutkivat retrospektiivisessä tutkimuksessa avohoidon ja asuntolahoidon vaikutusta nuorten rikolliseen toimintaan Yhdysvalloissa. Avohoito tarkoitti koulunkäyntiä sekä terapiaa arkipäivisin erityiskoulussa ARTEC-ohjelmassa, ja asuntolahoito sitä, että edellä mainitun lisäksi nuori asui ryhmämuotoisessa asuntolassa, jossa oli ympärivuorokautisesti työntekijöitä. Lisäksi osa nuorista osallistui intensiiviseen asuntolahoito-ohjelmaan, jossa myös koulunkäynti tapahtui asuntolassa ja saatavilla oli yksi työntekijä kolmea nuorta kohti. Aineistona oli 532 ohjelmassa vuosina 1991-1995 ollutta 12-17-vuotiasta nuorta, joiden laskutustietoja ohjelman käytöstä ja hoitoajasta verrattiin oikeusjärjestelmän tietoihin alle 18-vuotiaiden osalta, jolloin tietoon saatiin syytteet, ja rikosrekisteritietoihin yli 18-vuotiaiden osalta, jolloin tietoon saatiin vain vankeustuomiot. 227 nuoresta oli tietoa oikeusjärjestelmässä ennen hoitoa. Näistä 163 nuoreen itseensä oli kohdistunut syyte ennen ohjelmaan osallistumista, ja 64:n tapauksessa syyte liittyi nuoren perheeseen. Lisäksi tutkittiin edellä mainitusta joukosta 430 nuorta, jotka olivat täyttäneet 18 seuranta-aikana. Seuranta-aikaa kertyi keskimäärin 888,78 päivää nuorta kohden. Tutkimuksen 1. osassa verrattiin rikosten määrää vuosineljänneksittäin ennen hoitoa ja hoidon jälkeen niiden 227 nuoren joukossa, joista oli tietoa oikeusjärjestelmässä jo ennen hoitoa. Nuorista 28% ei joutunut syytetyksi hoitojakson jälkeen, ja 72% joutui vähintään kerran syytetyksi hoitojakson jälkeen. Avohoitoa saavilla nuorilla syytteiden määrä vuosineljänneksittäin oli 1,4 ennen hoitoa ja 0,6 hoidon jälkeen, ja asuntolahoitoa saavilla 1,3 ennen hoitoa ja 0,8 hoidon jälkeen. Rikollisuuden vähenemisessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. 90 nuoren laskutustietojen perusteella pystyttiin arvioimaan eri terapiamuotojen vaikutusta rikollisuuden vähenemiseen. Rikollisuuden väheneminen korreloi merkittävästi yksilö- ja ryhmäterapiaan osallistumiseen, mutta ei perheterapiaan osallistumiseen, seuranta-aikana. Tutkimuksen 2. vaiheessa



tutkittiin seuranta-aikana 18 vuotta täyttäneitä, joista kerättiin rikosrekisteritiedot täysi-ikäisten rikosrekisteristä vuonna 1995. Rekisteritieto oli 70 henkilöstä. Rikosrekisterin saanut kuului merkittävästi todennäköisemmin avohoitoa saaneeseen ryhmään kuin asuntolahoitoa saaneeseen ryhmään. Myöhemmän vankeustuomion saamisen todennäköisyys oli 25% avohoidon ryhmässä ja 12% asuntolahoidon ryhmässä, mikä ero oli tilastollisesti merkitsevä. Pohdintaosiossa tulosta verrattiin yleiseen nuorisorikollisuuden vähenemiseen seuranta-aikana, joka oli ollut 9% ja vaiheen 1 ryhmässä keskimäärin 59%. Yksilöterapiaan osallistuminen selitti 12% rikollisuuden vähenemisestä ja ryhmäterapiaan osallistuminen 14%. 1. vaiheen tuloksen tulkittiin kuvastavan terapeutin hyödyllisyyttä yleensä, ja 2. vaiheen, joka toisin kuin 1. vaihe kuvasi vankeustuomioon johtaneita syytteitä, asuntolahoidon yliveraisuutta avohoitoon nähden myöhempien vankeustuomioiden ehkäisemisessä. Tämä saattaa kirjoittajien mukaan selittyä asuntolahoidossa annetun terapian suuremmalla intensiteetillä, tai sillä, että asuntolahoito tuottaa pidempiaikaista hyötyä.

### **3.3 PÄIVÄSAIRAALAHOITO**

Silvan ym. (1999) tutkivat hoitoympäristön vaikutusta osana päiväsairaalahoidon mallin rakentamista nuorille kirjallisuuskatsauksen keinoin. Osastoympäristöä pidettiin teoreettisin argumentteihin perustuen sekä itsessään hoitavana ympäristönä, että interventiodien koordinoitipaikkana. Nuorisopsykiatrisesta päiväosastohoidosta ei ollut vertailututkimuksiin perustuvaa näyttöä. Viitatussa seurantatutkimuksessa koulupoissaolot vähenivät osastohoidossa merkittävästi 6 kuukauden aikana, mikä vaikutus säilyi 12 kuukautta, sekä GAF- ja CGI-tulokset paranivat merkittävästi. Katsaus tukee näkemystä, jonka mukaan on teoreettiset perusteet olettaa osastoympäristön olevan itsessään hoitava ja merkityksellinen, mutta korkeimman asteen tutkimusnäyttö puuttuu.

Kiser (1987) tutki päiväsairaalahoidon kustannuksia lapsi- ja nuorisopsykiatriassa vertaamalla 205 sairaalahoidetun lapsen ja nuoren, joiden keski-ikä oli 15,6, ja 72 päiväsairaalahoidetun lapsen ja nuoren, joiden keski-ikä oli 13, osastojakson kustannuksia. Tutkittavien ryhmien välillä ei ollut eroja diagnoosien suhteen ja diagnoosi ei ennustanut tilastollisesti merkitsevästi hoidon kustannuksia tai kestoja, joskaan potilasryhmien kokoa ei ollut artikkelissa eritelty. Päiväsairaalahoidon kesto keskimäärin pidempään kuin osastohoito, mutta oli merkittävästi halvempaa päiväkohtaisesti kuin osastohoito. Toisaalta

tutkimuksessa käytetty tietolähde, joka sisälsi vakuutusyhtiöiden tietoa osastojaksoista, jotka tutkimuksen tekopaikalla korvasivat vain enintään 30 päivää osastojaksoa, saattoi lyhentää osastojakson keskimääräistä kesto. Tässä aineistossa päiväsaarialahoidon kustannukset olisivat olleet matalammat, mikäli päiväsaarialajaksot olisivat olleet pituudeltaan vertailukelpoisia osastojaksoihin.

## 4 POHDINTA

### 4.1 ALKUPERÄISTUTKIMUKSET

Taulukossa 1 on tiivistelmä arvioiduista nuorisopsykiatrista osastohoitoa käsittelevistä tutkimuksista. Mikäli tutkimuksessa oli heikkous, joka saattaa merkittävästi vaikuttaa lopputulokseen, sen laatu oli heikko. Mikäli tutkimuksessa oli muita menetelmällisiä heikkouksia, sen laatu oli keskinkertainen. Mikäli tutkimuksessa ei ollut selviä menetelmällisiä heikkouksia, sen laatu oli hyvä. Sovellettavuus tarkoittaa tutkimuksen sovellettavuutta suomalaisen psykiatrisen osastohoidon arvioimiseen so. miten hyvin tutkimuspopulaatio ja hoitokäytäntö vertautuu nykymuotoiseen nuorisopsykiatriseen osastohoitoon, ja on subjektiivinen arvio. Heikosti tai kohtalaisesti sovellettavia ovat tutkimukset, joiden potilasaineisto on ollut hoidossa ennen 1990-lukua hoitokäytäntöjen erojen vuoksi, tai joissa hoitomuoto on epäselvä tai edustaa suomalaisesta osastohoidosta poikkeavaa hoidon kestoä tai menetelmää. Ei lainkaan sovellettavissa ovat tutkimukset, joiden menetelmällinen heikkous ei mahdollista niiden sisällyttämistä arvioon tai jotka eivät tuota lisätietoa.

#### 4.1.1 Alkuperäistutkimukset nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta

Viite	Otos	Asetelma	Löydös	Laatu	Sovellettavuus
<b>Besier ym. 2009</b>	396 keskimäärin 4-18, 14,1 vuotiasta lasta ja nuorta	Prospektiivinen vertailututkimus	Tehostettu avohoito johti vähäisempään osastohoidon tarpeeseen, mutta ei edistänyt kuntoutumista	Heikko	Hyvä
<b>Bickman 1996</b>	984 5-17-vuotiasta lasten- ja nuorisopsykiatrista potilasta	Prospektiivinen kohortti	Osastohoidon välttäminen intensiivisemmillä avohoidon palveluilla kokeellisessa mallissa ei johtanut	Hyvä	Heikko

					säästöihin eikä tuottanut terveyseroja koepaikkakunnan ja vertailupaikkakunnan välillä		
<b>Erkolahti ja lahtinen 2003</b>	20	psykiatrisessa osastohoidossa ollutta lasta ja 23 psykiatrisessa osastohoidossa ollutta nuorta	Retrospektiivinen kohortti	Potilaista 57%:lla ei ollut rikosrekisteriä, osastohoitojaksoja aikuisiällä, eikä työkyvyttömyyseläkettä 13-16 vuoden seurannassa	Hyvä	Kohtalainen	
<b>Gossett ym. 1980</b>	120	entistä nuorisopsykiatrista osastopotilasta	Retrospektiivinen kohortti	Kolmasosalla oli merkittäviä toimintakyvyn rajoituksia viiden vuoden kuluttua, ja 27%:lla ei ollut toimintakyvyn rajoituksia. Haitallista päihteidenkäyttöä oli merkittävästi vähemmän kuin ennen osastojaksoa.	Heikko	Heikko	
<b>Green ym. 2007</b>	150	lasten- ja nuorisopsykiatristen osastojen potilasta	Prospektiivinen kohortti	Yleisarvio parani merkittävästi enemmän osastojaksolla kuin avohoidossa osastojakson alkua odotellessa. Hoidon kustannustehokkuutta ei voitu osoittaa.	Hyvä	Hyvä	
<b>Malone ym. 1997</b>	44	10-17-vuotiasta käytöshäiriöistä nuorta nuorisopsykiatrisella osastolla	Prospektiivinen kohortti	Noin puolella nuorista aggressiivinen käytös väheni osastohoidossa ilman lääkkeellistä interventiota kahden viikon aikana	Heikko	Kohtalainen	
<b>Mathai ja Bourne 2009</b>	123	12-18-vuotiasta osastohoidossa ollutta nuorta	Prospektiivinen kohortti	Nuorten oireilu väheni kriisiosastohoidossa riippumatta psykiatrisesta diagnoosista	Kohtalainen	Hyvä	
<b>Piersma ja Boes 1997</b>	139	13-18-vuotiasta nuorisopsykiatrista osastopotilasta	Prospektiivinen kohortti	Korkean itsemurhariskin potilaiden osuus väheni huomattavasti 6 vuorokaudessa osastohoidossa	Kohtalainen	Hyvä	

<b>Piersma 1993</b>	<b>ym.</b>	157 15,56-vuotiaista pitkäaikaista nuorisopsykiatrista osastopotilasta	keskimäärin	Prospektiivinen kohortti	Sekä mielialahäiriön että käytöshäiriön vuoksi osastohoidossa olevat kokivat keskimäärin 138 vuorokauden osastojakson jälkeen vähemmän huolia ja heidän impulssinhallintansa ja akateeminen työskentelynsä oli parantunut	Heikko	Heikko
<b>Pogge ym. 2008</b>		102 aikana 13-17- vuotiaista nuorta	hoitojakson	Retrospektiivinen kohortti	6 vuoden kuluttua osastohoidosta psykiatrinen oireilu oli lievää. Kognitiiviset puutteet ja psykoosioireilu ennustivat huonompaa tulosta	Hyvä	Hyvä
<b>Ramklint 2002</b>	<b>ym.</b>	164 lasten- ja nuorisopsykiatristen osaston potilasta ja 193 verrokkia	aikaisempaa	Tapaus-verrokki	16 vuoden kuluttua hoidosta persoonallisuushäiriöt olivat yleisempiä (38%) tapauksilla kuin verrokeilla (10%). Persoonallisuushäiriöttömien tapausten yleisarvio oli yhtä hyvä kuin verrokkien.	Heikko	Heikko
<b>Solomon Evans 1992</b>	<b>ja</b>	62 osastolta avohoitoon siirtyvää lasta ja nuorta	6-18-vuotiaista	Prospektiivinen kohortti	Lasten ja nuorten osallistuminen avohoitoon osastojakson jälkeen oli vähäistä	Hyvä	Ei sovellettavissa
<b>Taiminen 1998</b>	<b>ym.</b>	51 nuorisopsykiatrisella akuuttiosastolla	nuorta	Prospektiivinen kohortti ja tapaussarja	Itsetuhoinen käytös tarttui nuorisopsykiatrisella osastolla	Kohtalainen	Hyvä
<b>Winsberg 1980</b>	<b>ym.</b>	49 nuorta, jotka satunnaistettiin avo- ja osastohoitoon	13-vuotiaista	Satunnaistettu kontrolloitu koe	Nuorten käytösoireet paranivat avohoidossa, mutta eivät sairaalahoidossa	Heikko	Ei sovellettavissa
<b>Vyas ym. 2007</b>		23 skitsofreniaa sairastavaa keskimäärin 15,6- vuotiaista nuorta	varhaisalkuista	Prospektiivinen kohortti	Osastojaksojen lukumäärä ei ei ennustanut toimintakykyä seurannassa	Heikko	Hyvä

*Taulukko 1. Psykiatrista osastohoitoa käsitelleet alkuperäistutkimukset.*

Kirjallisuuskatsauksessa käsitellyt tutkimukset olivat laadultaan heterogeenisiä, ja päätemuuttujajoukoltaan vaihtelevia. Intervention vaikutuksen arvioimiseen parhaiten soveltuvia kokeellisia tutkimuksia oli aineistossa yksi, Winsberg 1980, joka oli menetelmällisesti heikkolaatuinen. Tyypillisin tutkimusasetelma nuorisopsykiatrisen osastohoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi oli kohorttitutkimus, jossa hoidossa ollutta nuorisojoukkoa on seurattu ja arvioitu myöhemmin uudelleen. Tämä tutkimusasetelma ei tuota tietoa hoidon vaikuttavuudesta, sillä se ei erottele hoidon vaikutusta ikääntymisen ja nuoruusiän kehityksen vaikutuksista, eikä myöskään poissulje tilastollista regressiota keskiarvoa kohti tuloksen syynä. Tutkimusten joukossa oli yksi pseudokokeellinen tutkimus (Green ym. 2007), jossa nuorten toimintakyvyn yleisarvio parani merkittävästi enemmän osastohoidossa kuin osastohoitoa odottaessa avohoidossa. Tämä tulos puhuu arvioiduista artikkeleista selvimmin edellä mainittuja virhetekijöitä vastaan, mutta ei silti luotettavasti sulje pois tilastollista vaikutusta.

Oman luokkansa tutkimusten joukossa muodostavat retrospektiiviset tutkimukset, joissa nuorisopsykiatrista osastohoitoa saaneita potilaita on arvioitu vuosien kuluttua (Erkolahti ja Lahtinen 2003, Gossett ym. 1980, Ramklint ym. 2002). Tutkimusten merkityksen arviointia vaikeuttaa paitsi osastohoidon menetelmien heterogeenisyys ja ajallinen ero, myös avohoidon toteutumisen suuri merkitys hoidon lopputulokselle ja erot sen saatavuudessa (Solomon ja Evans 1992, Stewart ym. 2002). Toisaalta katsauksessa löytyi myös hoidon todellisena haittavaikutuksena itsetuhoisen käytöksen tarttuminen (Taiminen ym. 1998), johon tulee kiinnittää huomiota hoidon toteutuksessa.

Pessimismi nuorisopsykiatrisen osastohoidon suhteen ei ole perusteltua tämän kirjallisuuskatsauksen valossa, sillä osastohoitoa saanut kohortti parani toimintakykyä tai psykologista vointia arvioivilla mittareilla kaikissa arvioiduissa kohorttitutkimuksissa. Pitkäaikaistutkimukset viittaavat yllä mainituin rajoituksin siihen, että suurin osa nuorisopsykiatrisista osastopotilaista saavuttaa hyvän tai kohtuullisen toimintakyvyn pitkällä seuranta-ajalla, joskin tulosten syntetisoiminen on vaikeaa. Toisaalta kaikissa arvioiduissa retrospektiivisissä tutkimuksissa oli kymmenien prosenttien vähemmistö, jolle jäi merkittäviä toimintakyvyn haittoja tai jotka olivat työkyvyttömyyseläkkeellä. Arvioitu tapaus-verrokkitutkimus (Ramklint ym. 2002) viittaa siihen, että myöhemmät toimintakyvyn haitat selittyvät ensisijaisesti aikuisiän psykopatologialla.

Katsauksessa arvioitiin yksi valekokeellinen tutkimus, joka suoraan viittaa siihen, että osastohoitoon ohjatut nuoret hyötyvät osastohoidosta enemmän kuin avohoidosta (Green ym. 2007), ja yksi tapaus-verrokki-tutkimus, joka viittaa siihen, että ensisijaisesti psykopatologia aikuisiällä selittää pitkällä aikavälillä osastohoidon jälkeisen toimintakyvyn laskun (Ramklint ym. 2002). Kohorttitutkimuksissa kohorttien kehitys oireittareilla oli positiivista, mutta vertailuaineiston puute estää suoran etiologisen päättelyn kehityksen syistä. Tämä voi olla helpottava tietää interventiosta, jota on pidettävä nuoren turvallisuuden kannalta välttämättömänä (Sadock ja Sadock 2009, Stewart ym. 2002), mutta soveltuva näyttö osastohoidon hyödyllisyydestä jää vähäiseksi. Näytön tuottamiseksi tarvittaisiin menetelmällisesti laadukkaita vertailututkimuksia.

#### 4.1.2 Alkuperäistutkimukset asuntolahoidosta

Viite	Otos	Asetelma	Löydös	Laatu	Sovellettavuus
<b>Aarons ym. 2010</b>	500 vähintään 36 kuukautta kodin ulkopuolisessa hoidossa olevaa lasta ja nuorta	Prospektiivinen kohorttitutkimus	Eksternalisoivat käytöksen ongelmat edelsivät sijoitusten muutoksia nuorilla, ja sijoituksen muutokset eivät edeltäneet käytöksen ongelmia	Hyvä	Kohtuullinen
<b>Abraham ym. 1994</b>	50 asuntolahoidossa olevaa nuorta	Prospektiivinen kohorttitutkimus	Musteläiskätestin tulos oli muuttunut 2 vuoden asuntolahoidon aikana. Tulos kuvasti parempaa stressinsietokykyä, parempaa affektinsäätelykykyä, realistisempaa minäkuvaa ja suurempaa sosiaalista kiinnostusta.	Hyvä	Heikko
<b>Byrnes ym. 1999</b>	532 asuntolahoidossa	Retrospektiivinen vertailututkimus	Asuntolahoidossa ja avohoidossa olleiden nuorten	Hyvä	Kohtuullinen

	tai avohoidossa ollutta nuorta		<p>nuorisorikollisuus</p> <p>väheni merkittävästi enemmän kuin koko väestön seuranta- aikana.</p> <p>Väheneminen liittyi yksilö- ja ryhmäterapiaan osallistumiseen.</p> <p>Merkittävästi harvempi asuntolahoidossa olleista sai täysi- ikäisenä rikosrekisterin kuin avohoidossa olleista.</p>		
<b>Godley ym. 2008</b>	176 päihdeongelmaista nuorta	Prospektiivinen kohorttitutkimus	<p>Vähemmän päihteitä käyttävät saivat enemmän avohoitoa.</p> <p>Useita hoitosegmenttejä saaneista nuorista merkittävällä osalla päihteidenkäyttö säilyi vähäisenä.</p>	Hyvä	Kohtuullinen
<b>Handwerk ym. 2006</b>	2067 asuntolahoidossa olevaa nuorta	Prospektiivinen kohorttitutkimus	<p>Psykiatristen diagnoosien määrä oli tullessa suuri ja väheni sukupuolesta riippumatta 12 kuukauden kuluessa normaalin väestön tasolle asuntolahoidossa</p>	Hyvä	Kohtuullinen
<b>Hibbard ym. 1992</b>	82 asuntolahoidossa olevaa nuorta	Prospektiivinen kohorttitutkimus	<p>6-8 kuukauden kuluttua nuorten itsetunto oli parantunut merkittävästi ja vaikean depression</p>	Hyvä	Kohtuullinen

					kriteerit täyttävien määrä oli vähentynyt 31%:sta 18%:iin.		
<b>Lampen ja Neill 1985</b>	60 koulukodissa 10 vuotta aikaisemmin ollutta nuorta	Retrospektiivinen kohorttitutkimus	Kahdella kolmasosalla ei ollut haastatteluhetkellä ollut ongelmia päihteidenkäytön, rikollisuuden tai psykiatrisen sairastavuuden suhteen, ja 40%:lla ei ollut niitä vapautumisen jälkeen	Heikko	Heikko		
<b>Mann-Feder 1996</b>	28 käytöshäiriöistä nuorta psykiatrisen sairaalan yhteydessä tapahtuvassa terapeuttisessa asuntolahoidossa ja psykiatrisen sairaalahoidon ulkopuolisessa asuntolahoidossa	Prospektiivinen vertailututkimus	Ryhmät eivät eronneet oireiden vähenemisen suhteen. Itsetunto parani hoidon aikana ja sosiaalinen vuorovaikutus arvioitiin normaalimmaksi. Käyttöoireissa tapahtui sekä paranemista että heikkenemistä hoidon aikana, niin että kokonaisarvio ei muuttunut.	Kohtuullinen	Kohtuullinen		

*Taulukko 2. Asuntolahoitoa arvioineet alkuperäistutkimukset.*

Asuntolahoitoa arvioineet alkuperäistutkimukset olivat myös tyypillisesti kohorttitutkimuksia. Ainoastaan yksi asuntolahoitoa ja avohoidoa vertaillut tutkimus kuului aineistoon (Byrnes ym. 1999). Tässä tutkimuksessa asuntolahoidossa olleet rikollisen taustan omaavat nuoret saivat merkittävästi harvemmin rikosrekisterin aikuisina kuin avohoidossa olleet nuoret. Lisäksi nuorisoriikollisuus väheni hoitoa saaneiden ryhmässä enemmän kuin valtakunnallisessa tilastossa.



Prospektiivisissa asuntolahoitoa käsittelevissä tutkimuksissa nuorten kehitys on ollut myönteistä, mutta aineistoa koskevat samat rajoitukset kuin nuorisopsykiatrasta osastohoitoa käsiteltyä kirjallisuuttakin. Ilman laadukkaita vertailututkimuksia asuntolahoidon hyödyllisyyttä ei voi erottaa nuoruusiän kehityksestä, ajan vaikutuksesta häiriön kulkuun ja tilastollisesta regressiosta keskiarvoon. Katsauksen tutkimuksissa nuoret kuitenkin kokivat subjektiivista tai ammattilaisen arvioimaa käytösoireiden sekä psyykkisen voinnin paranemista asuntolahoidossa, joten myöskään erityiseen negatiivisuuteen asuntolahoidon suhteen ei ole aihetta. Ainoa retrospektiivinen alkuperäistutkimus asuntolahoidon pitkäaikaisvaikutuksista oli modernin tutkimustavan näkökulmasta varsin heikkolaatuinen, perustuen haastattelijan arvioon nuoren myöhemmistä ”ongelmista” (Lampen ja Neill 1985).

Erityinen huolenaihe nuoren asuinpaikan vaihtuessa on se, voiko asuinpaikan vaihdos provosoida nuoren oireilua. Löydetyistä viitteistä tähän pyrkii tutkimusasetelmallaan vastaamaan Aarons ym. 2010. Tutkimuksen polkuanalyyssissa käytöksen oireet ennakoivat sijoituksen muutosta, mutta ei toisin päin nuoruusikäisillä, joskin sijoituksen muutoksella oli vähäinen käytösoireita ennakoiva vaikutus 6-10-vuotiaiden joukossa samassa tutkimuksessa.

Asuntolahoidosta tehdyn tutkimuksen soveltuvuutta arvioitaessa erityinen haaste on asuntolahoidon sisällön ja samankaltaisuuden suhteessa asuntolahoitoon Suomessa arviointi. Asuntolahoidon sisältö voi olla erittäin monipuolista ja sen indikaatioista ja käyttötavasta Suomessa on epäselvyyttä (Pylkkänen 2004). Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa asuntolahoidossa olleet kohortit kokivat oireidensa lievittyvän, mutta tutkimusten rajoitukset yhdessä asuntolahoidon sisällön mahdollisiin eroihin tarkoittavat tiedon merkityksen ja sovellettavuuden olevan vähäinen. Kuten psykiatrisen osastohoidonkin suhteen, laadukkaita vertailututkimuksia, joissa myös interventio ja hoidettavat ovat tarkasti määritellyt, tarvittaisiin ennen syy-seuraussuhteen päättelyä hoidon tehokkuudesta.

## **4.2 KIRJALLISUUSKATSAUKSET**

Taulukkoihin 3 ja 4 on kerätty psykiatrasta osastohoitoa sekä asuntolahoitoa arvioiduista kirjallisuuskatsauksista viite, tieto kirjallisuuskatsauksen menetelmästä, keskeiset havainnot, sekä tutkijoiden loppupäätelmä hoidon hyödyllisyydestä, mikäli kirjattu. Päätelmä on positiivinen, mikäli

tutkijoiden käsitys oli, että osastohoito lienee hyödyllistä tai välttämätöntä, riippumatta siitä, mihin tutkijat käsityksen perustavat, ja negatiivinen muutoin.

#### 4.2.1 Kirjallisuuskatsaukset psykiatrisesta osastohoidosta

Viite	Menetelmä	Havainnot	Loppupäätelmä
<b>Blanz ja Schmidt 2000</b>	Kirjallisuuskatsaus	Ennen 1990-luvua tehtyjen tutkimusten laatu oli tyypillisesti heikko. On ristiriita hoidon merkityksen ja siitä siitä olevan tutkimustiedon välillä. Katsausartikkeleissa hoito on tavallisesti arvioitu hyödylliseksi. Kohorttitutkimuksissa potilaiden kehitys on ollut positiivista.	Positiivinen
<b>Epstein 2004</b>	Kirjallisuuskatsaus	Osastohoidosta eikä - asuntolahoidosta oli vertailuryhmättömiä tutkimuksia, joiden yhdistäminen oli vaikeaa. Menetelmät olivat heikkolaatuisia ja hoidon sisältö kuvattu puutteellisesti. Hyödyllisyyttä ei voitu luotettavasti arvioida.	-
<b>Garrison ja Daigler 2006</b>	Kirjallisuuskatsaus	MST saattaa olla ylivoimainen osastohoidolle käyttöhäiriöiden hoidossa. Osastohoito saattaa olla ylivoimainen psykoosin hoidossa. Osastohoito on välttämätön hoitomuoto väkivaltariskin vuoksi. Näyttö on riittämätön tehokkuuden arvioon.	Positiivinen
<b>Gowers ja Rowlands 2005</b>	Kirjallisuuskatsaus	Hoidon tehokkuus on ollut kohtuullinen vertailuryhmättömässä tutkimuksessa. Osastohoito ei liene ylivoimainen avohoidolle lastenpsykiatriassa, mutta jälkimmäinen ei aina sovellu	Positiivinen

		käytettäväksi. Näyttöä ei ole riittävästi hoitovaihtoehtojen arvioon.	
<b>Lamb 2009</b>	Kirjallisuuskatsaus	Avohoito oli potilaiden ja vanhempien mielipiteen mukaan hyväksyttävämpää kuin osastohoito. Psykiatrisen osastohoidon tehokkuutta ei voitu arvioida. Psykiatrasta osastohoitoa ei voi turvallisesti korvata.	Positiivinen
<b>Marttunen ym. 2004</b>	Kirjallisuuskatsaus	Vertailututkimuksia oli vähän. Laaja-alainen avohoito saattaa olla ensisijainen käytöshäiriön hoidossa ja osastohoito ensisijainen kriisitilanteessa.	Positiivinen
<b>Pfeiffer ja Strzelecki 1990</b>	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimukset olivat pääsääntöisesti ei-kokeellisia. Suurimmassa osassa tutkimuksia ei ollut tunnistettavissa olevaa tutkimusasetelmaa. Tutkimuksissa potilasaineiston kehitys oli järjestäen positiivista. Osastohoidon arvioitiin vaikuttavan hyödyllisesti lopputulokseen.	Positiivinen
<b>Stewart ym. 2002</b>	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Ei ole riittävästi näyttöä hoitomuotojen yliveraisuuden arviointiin. Osastohoitoa pidetään välttämättömänä itsetuhoiselle nuorelle.	Positiivinen

*Taulukko 3. Katsausartikkelit psykiatrisesta osastohoidosta.*

Psykiatrasta osastohoitoa käsitelleistä kirjallisuuskatsauksista, jotka ilmoittivat katsauksen menetelmän, voitiin arvioida, että kaksi oli systemaattisia katsauksia (Pfeiffer ja Strzelecki 1990, Stewart ym. 2002). Arvioitujen artikkelien menetelmällinen heikkous korostui kaikissa arvioituista kirjallisuuskatsauksista. Voidaankin todeta, että näytönasteen heikkous psykiatrisessa osastohoidossa on jokaisessa katsausartikkelissa toistuva havainto. Pfeiffer ja Strzelecki 1990 pitivät hoidon hyödyllisyyttä toteen näytettynä vertailuryhmättömienkin tutkimusten perusteella, mutta myöhemmissä katsauksissa todettiin

järjestäen, että näytönaste ei ole riittävä hoitomuodon ylivertaisuuden päättelyyn. Kaikissa katsauksissa, joissa on tunnistettava kanta nuorisopsykiatrisen osastohoidon tarpeellisuuden tai hyödyllisyyden suhteen, kuitenkin kiinnitettiin huomiota hoidon välttämättömyyteen sekä heikommista asetelmista peräisin olevaan tietoon hoidon hyödyllisyydestä tai ainakin vähäisestä haitallisuudesta. Psykiatrisen osastohoidon välttämättömyys ja vaihtoehtojen turvallisuus olivat myös usein arvioituja kysymyksiä.

Katsausten loppupäätelmät ja arvioidut artikkelit olivat usein myös tässä katsauksessa arvioituja artikkeleita. Niinpä ei ole yllättävää, että myös katsausten johtopäätös on sama kuin tässä katsauksessa. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, jotka periaatteessa voisivat tuoda luotettavaa tietoa intervention hyödyllisyydestä, eivät tuottaneet riittävästi tietoa osastohoidon tehokkuuden arvioimiseksi.

#### 4.2.2 Kirjallisuuskatsaukset asuntolahoidosta

Viite	Menetelmä	Löydökset
<b>Moretti ym. 1997</b>	Kirjallisuuskatsaus	Sijaishoito vähentää rikollisuutta ja käytösoireita lapsilla. Osastohoito lienee hyödyllistä diagnostista tiedonkeruuta varten. Päiväsairaalahoito saattaa olla kustannusvaikuttavampaa kuin osastohoito käytöshäiriöiden hoidossa.
<b>Reddy ja Pfeiffer 1997</b>	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Terapeuttisella sijaishuollolla oli positiivinen vaikutus sijoituksen pysyvyyteen sekä käytösoireisiin ja psykologisiin ongelmiin. Tutkimusten laatu oli heikko ja päätemuuttajajoukko heterogeeninen, ja luotettavat johtopäätökset eivät olleet mahdollisia.
<b>Meadowcroft ym. 1994</b>	Kirjallisuuskatsaus	Terapeuttinen sijaishuolto oli vertailututkimuksissa tehokas vaihtoehto asuntolahoidolle ja psykiatriselle sairaalahoidolle, sekä kustannustehokkaampaa. Tuloksia ei ollut mahdollista arvioida diagnosiryhmittäin. Vaikuttavia komponentteja ei ollut mahdollista arvioida.
<b>Curry 1991</b>	Kirjallisuuskatsaus	Asuntolahoitoa saaneet nuoret pärjäsivät paremmin kuin vertailukelpoiset nuoret, jotka eivät saaneet asuntolahoitoa. Satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa asuntolahoitoon satunnaistetut nuorisorikolliset joutuivat pidätetyiksi harvemmin kuin avohoitoon satunnaistetut. Hoidon vaikuttava komponentti ei ollut tiedossa.

*Taulukko 4. Asuntolahoitoa käsitelleet kirjallisuuskatsaukset.*

Asuntolahoitoa käsitteli yksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Se käsitteli terapeuttista sijashuoltoa, jossa lapset ja nuoret asuvat terveydenhuollon ammattilaisten tukemien hoitovanhempien luona.

Arvioiduista tutkimuksista 20%:ssa oli vertailuryhmä. Katsauksessa todettiin painotettujen keskiarvojen menetelmällä hoidolla olleen arvioiduissa artikkeleissa useita erillisiä vaikutelmia, mutta luotettavat päätökset syy-seuraussuhteista olivat näytön heikkouden vuoksi mahdottomia (Reddy ja Pfeiffer 1997). Myös toisessa kirjallisuuskatsauksessa tämänkaltainen hoitomuoto todettiin tehokkaaksi, mutta toisaalta sen kuvaus tutkimuksissa puutteelliseksi ja vaikuttavat komponentit tuntemattomiksi, mistä syystä tuloksen luotettavuuden arviointi on mahdotonta.

Kaikki arvioidut asuntolahoitoa käsitelleet kirjallisuuskatsaukset olivat löytäneet aineistoa, joka puoltaa asuntolahoitoa hoitomuotona. Lisäksi kaikissa katsauksissa oli arvioitu vertailututkimuksia aiheesta. Katsausartikkelit kiinnittivät huomiota asuntolahoidon määritelmälliseen heterogeenisyyteen, tutkimuksen heikkoon laatuun ja heterogeeniseen päätemuuttujajoukkoon. Katsauksista voidaan todeta, että on perusteltuja syitä epäillä, että asuntolahoidosta on itsenäistä hyötyä verrattuna avohoitoon, mutta asuntolahoidon vaikuttavat komponentit tunnetaan katsauksessa käsiteltyjen katsausartikkelien mukaan puutteellisesti.

### **4.3 PÄIVÄSAIRAALAHOITO**

Aineistoon valikoitui kaksi päiväsairaalahoitoa käsittelevää viitettä. Silvan ym. 1999 totesivat päiväsairaalahoidon vaikuttavuudelle olevan teoreettiset perusteet, mutta vertailututkimuksiin perustuvaa näyttöä ei ollut. Kiser ym. 1987 toteutti retrospektiivisen vertailututkimuksen päiväsairaalahoidon kustannuksista, jotka olivat päivää kohti edullisemmat kuin osastohoidossa, mutta päiväsairaalahoidon pidempi kesto johti siihen, että kokonaiskustannuksissa ei ollut eroa. Tutkimukseen sisältyi merkittävä tietolähteisiin liittyvä heikkous. Päiväsairaalahoidosta ei ollut aineistossa tarpeeksi viitteitä, että sen tehokkuutta osastohoidon tai asuntolahoidon vaihtoehtona olisi voinut arvioida.

### **4.4 TULEVAISUUDEN MAHDOLLISUUDET**

Tässä katsauksessa arvioitujen alkuperäistutkimusten joukosta ei löytynyt riittävästi näyttöä, että nuorisopsykiatrisen osastohoidon ylivertaisuutta suhteessa avohoitoon tai hoitamatta jättämiseen olisi voitu luotettavasti arvioida. Kirjallisuudessa on useasti kiinnitetty huomiota paremman näytön

tarpeeseen. Arvioidut katsaukset olivat asiasta yksimielisiä, ja psykiatrisen hoidon vaikuttavien komponenttien puutteellisen tuntemuksen ajateltiin selittävän myös joitakin löydöksistä kustannusvaikuttavuuden suhteen.

Millainen tutkimus voisi tuottaa luotettavaa ja tarpeellista tietoa nuoruusikäisen psykiatrisesta hoidosta? Tutkimuksen pitäisi olla asetelmaltaan soveltuva, laadukas, ja myös helposti sovellettava. Tutkimusasetelmista intervention arvioimiseen soveltuvat parhaiten prospektiiviset vertailututkimukset, joista kaikkein vähiten tutkimusharhoille altis on kaksoissokkoutettu satunnaistettu kontrolloitu koe (RCT). Tällaisen toteuttaminen psykiatrisen hoidon, erityisesti sen terapeuttisten komponenttien suhteen, on kuitenkin jo lähtökohtaisesti mahdotonta. Ei ole kuviteltavissa että potilasta arvioiva ja terapeuttisesti ohjaava työntekijä ei tietäisi, miksi potilaan kohdalla on päädytty kuhunkin hoitoon. Potilaan satunnaistaminen vähemmän intensiiviseen hoitoon saattaa jo tuottaa systemaattisen harhan, mikäli hoitohenkilökunta on tästä tietoinen. Hoitomuodon valinnassa satunnaisesti psykiatrisen potilaan tapauksessa nähdään myös merkittäviä eettisiä ongelmia. Ei-kokeellisetkin vertailuasetelmat kuitenkin tuottaisivat enemmän informaatiota kuin osastohoidettu potilaskohortti. Vertailututkimukset ovat ainoa keino luotettavasti sulkea pois tilastolliset harhat, häiriön luonnollinen kulku, sekä normaali ikäkausikehitys muutoksen syynä.

Tutkimuksen laatuun tulee kiinnittää huomiota useiden kartoitettavien tekijöiden vuoksi. Osa arvioiduista alkuperäistutkimuksista sisälsi selkeitä virhelähteitä, erityisesti nuoria arvioineiden työntekijöiden osalta, jotka tutkijat itse tiedostivat, mutta joita ei ollut käytännön syistä minimoitu. Näin ei kuitenkaan saada luotettavaa tietoa. Myös luotettavien tilastollisten menetelmien käyttö on tarpeellista. Alkuperäistutkimuksissa oli huomattava joukko vastemuuttujia, mikä voi itsessään tuottaa vääriä positiivisia tuloksia. Lukuisia parivertailuja tehdessä tulee käyttää tarvittavia tilastollisia menetelmiä.

Erityisen tärkeää olisi kuitenkin tuloksen toistettavuus ja sovellettavuus. Sen takaamiseksi tulisi tietää mitä osastohoidossa tehtiin. Mikä oli väestö, jota hoidettiin? Millä indikaatioilla hoitoon tultiin? Millä kriteereillä hoidontarve arvioitiin? Millaista oli hoitohenkilökunnan toiminta? Millaista oli sen laadukkuus, ja millaisin kriteerein arvioituina? Mitä ei-lääkkeellisiä interventioita hoitoon sisältyi? Mikäli arvioidaan tuloksia pitkällä aikavälillä, miten nuorten hoito toteutui osastohoidon jälkeen? Miten vastaava

osastohoito voitaisiin periaatteessa toteuttaa? Tulos ei ole hyödyllinen, mikäli sitä ei voi toistaa. Tutkimustieto siitä, että tietynlaista osastohoitoa saanut ryhmä hyötyi pitkällä aikavälillä enemmän, ei ole lainkaan hyödyllistä, mikäli sen perusteella ei voi rakentaa ymmärrystä siitä, millaista hoitoa ryhmä sai ja miksi ryhmä hyötyi. Osastohoidosta hyötyminen on myös määriteltävä sellaisten mittarien mukaisesti, että tutkimustietoa voidaan myöhemmin soveltaa ja yhdistää. Psykiatrinen osastohoito on vaikeasti lähestyttävä tutkimuskohde. Laadukkaiden tutkimusten merkitys on sitäkin suurempi.

## 5 LÄHDELUETTELO

---

Aalto-Setälä T ja Marttunen M. **Nuoren psyykkinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä?** Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007;123(2):207-13.

Aarons G, James S, Monn A, Raghavan R, Wells R ja Leslie L. **Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study..** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2010;49(1):70-80.

Abraham P, Lepisto B, Lewis M, Schultz L ja Finkelberg S. **An outcome study: changes in Rorschach variables of adolescents in residential treatment..** Journal of Personality Assessment 1994;62(3):505-14.

Besier T, Fegert J ja Goldbeck L. **Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes..** European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists 2009;24(7):483-9.

Bickman L. **A continuum of care. More is not always better..** American Psychologist 1996;51(7):689-701.

Blanz B ja Schmidt MH. Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000;41:703-12.

Byrnes E, Hansen K, Malloy T, Carter C ja Curry D. **Reductions in criminality subsequent to group, individual, and family therapy in adolescent residential and day treatment settings..** International Journal of Group Psychotherapy 1999;49(3):307-22.

Curry J. **Outcome research on residential treatment: implications and suggested directions.** American Journal of Orthopsychiatry 1991;61(3):348-57.

Ellilä H. Child and adolescent psychiatric inpatient care in Finland. Väitöskirja. Turun yliopisto 2007.

Epstein RA, Jr. Inpatient and residential treatment effects for children and adolescents: A review and critique. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2004;13:411-28.

Erkolahti L ja Lahtinen E. Lastenpsykiatristen osastopotilaiden psykososiaalinen selviytyminen aikuisiässä. Suomen lääkirilehti 2003;58(3):259-63.

Friis L, Eirola R ja Mannonen M. Lasten ja nuorten mielenterveystyö: Dark Oy 2004.

Garrison D ja Daigler G. **Treatment settings for adolescent psychiatric conditions.** Adolescent Medicine Clinics 2006;17:233-50.

Glaziou P. Systematic Reviews in Health Care : A Practical Guide 2001.

Godley S, Passetti L, Funk R, Garner B ja Godley M. **One-year treatment patterns and change trajectories for adolescents participating in outpatient treatment for the first time..** Journal of Psychoactive Drugs 2008;40(1):17-28.

Gossett J, Barnhart F, Lewis J ja Phillips V. **Follow-up of adolescents treated in a psychiatric hospital: measurement of outcome..** Southern Medical Journal 1980;73(4):459-66.

Gowers SG ja Rowlands L. Inpatient services. Current Opinion in Psychiatry 2005;18:445-8.

Green J, Jacobs B, Beecham J, ym. **Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--a prospective study of health gain and costs..** Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 2007;48(12):1259-67.

Handwerk M, Clopton K, Huefner J, Smith G, Hoff K ja Lucas C. **Gender differences in adolescents in residential treatment.** American Journal of Orthopsychiatry 2006;76(3):312-24.

Hibbard R, Spence C, Tzeng O, Zollinger T ja Orr D. **Child abuse and mental health among adolescents in dependent care..** Journal of Adolescent Health 1992;13(2):121-7.

Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito: Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa?. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003;7.

Kiser L, Ackerman B ja Pruitt D. **A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization..** International Journal of Partial Hospitalization 1987;4(1):17-27.



Lamb C. **Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works?**. Current Opinion in Psychiatry 2009;22(4):345-50.

Lampen J ja Neill T. **"A bucket of cold water": a follow-up study in a residential special school.** Journal of Adolescence 1985;8(3):271-87.

Malone R, Luebbert J, Delaney M, ym. **Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder.** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997;36(2):242-7.

Mann-Feder V. **Adolescents in therapeutic communities.** Adolescence 1996;31(121):17-28.

Marttunen M, Kataja H, Henttonen A, Hokkanen T, Tuominen T ja Ebeling H. **Hyötyykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta?** Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004;120(1):43-9.

Mathai J ja Bourne A. **Patients who do well and who do less well in an inpatient adolescent unit.** Australasian Psychiatry 2009;17:283-6.

Meadowcroft P, Thomlison B ja Chamberlain P. **Treatment foster care services: a research agenda for child welfare.** Child Welfare 1994;73(5):565-81.

Moretti M, Emmrys C, Grizenko N, ym. **The treatment of conduct disorder: perspectives from across Canada.** Canadian Journal of Psychiatry 1997;42(6):637-48.

Pfeiffer S ja Strzelecki S. **Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29:847-53.

Piersma H ja Boes J. **Utility of the Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30) for adolescent psychiatric inpatients: linking clinical decision making with outcome evaluation.** Journal of Clinical Psychology 1997;53(1):65-72.

Piersma H, Pantle M, Smith A, Boes J ja Kubiak J. **The MAPI as a treatment outcome measure for adolescent inpatients.** Journal of Clinical Psychology 1993;49(5):709-14.

Pillay A, Vawda N ja Pollock L. **Secondary enuresis in institutionalized conduct-disordered children.** Psychological Reports 1989;64(2):624-6.

Pogge D, Insalaco B, Bertisch H, ym. **Six-year outcomes in first admission adolescent inpatients: clinical and cognitive characteristics at admission as predictors.** Psychiatry Research 2008;160(1):47-54.

Pylkkänen K. **Nuorten psykiatristen hoitoketjujen ongelmat** . Suomen Lääkärilehti 2004;59(33):2941-7.

Ramklint M, von Knorring A, von Knorring L ja Ekselius L. **Personality disorders in former child psychiatric patients..** European Child & Adolescent Psychiatry 2002;11(6):289-95.

Reddy L ja Pfeiffer S. **Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies..** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997;36(5):581-8.

Sadock B ja Sadock V. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins 2009.

Silvan M, Matzner F ja Silva R. A model for adolescent day treatment. Bulletin of the Menninger Clinic 63(4):459-80, 1999 1999;63(4):459-80.

Solomon P ja Evans D. **Use of aftercare services by children and adolescents discharged from a state hospital..** Hospital & Community Psychiatry 1992;43(9):932-4.

Stewart S, Manion I ja Davidson S. **Emergency management of the adolescent suicide attempt: a review of the literature..** Journal of Adolescent Health 2002;30(5):312-25.

Taiminen T, Kallio-Soukainen K, Nokso-Koivisto H, Kaljonen A ja Helenius H. **Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients.** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1998;37(2):211-7.

Tuori T. **Psykiatrian** rakennemuutos Suomessa.<br />. Suuntaaja 2011;1:13-7.

Vyas N, Hadjulis M, Vourdas A, Byrne P ja Frangou S. **The Maudsley early onset schizophrenia study. Predictors of psychosocial outcome at 4-year follow-up..** European Child & Adolescent Psychiatry 2007;16:465-70.

Winsberg B, Bialer I, Kupietz S, Botti E ja Balka E. **Home vs Hospital Care of Children With Behavior Disorders:A Controlled Investigation.** Arch Gen Psychiatry 1980;37(4):413-8.